اللجلجة

أسبابها وعلاجها

سلسلة
الفكر العربي
في
التربية الخاصة
٢

إشراف
الدكتور عبد المطلب القريطي

الدكتورة
سهير محمود أمين







سلسلة الفكر العربى
فى التربية الخاصة
٢

إشراف
الدكتور عبد المطلب القريطى

اللجلجة

المفهوم - الأسباب - العلاج

الدكتورة
سهير محمود أمين
قسم علم النفس - كلية التربية
جامعة حلوان

الطبعة الأولى
١٤٢٠هـ - ٢٠٠٠م

ملتزم الطبع والنشر
دار الفكر العربى
٩٤ شارع عباس العقاد - مدينة نصر - القاهرة
ت: ٢٧٥٢٩٨٤ - فاكس: ٢٧٥٢٧٣٥

١٥٧,٥ سهير محمود أمين.
س هـ ل ج اللجلجة: المفهوم، الأسباب، العلاج/ سهير محمود أمين؛ إشراف عبد المطلب القريطى.ـ القاهرة: دار الفكر العربى، ٢٠٠٠م.
١٨٧ص؛ ٢٤سم .ـ (سلسلة الفكر العربى فى التربية الخاصة؛ ٢).
بيليوجرافية: ص ١٦٧-١٨٧.
تدمك: ٤ - ١٢٦١-١٠-٩٧٧.
١ - الأطفال المعوقون. أ- عبد المطلب القريطى، مشرف. ب- العنوان. جـ- السلسلة.

أميرة للطباعة
٥ شارع محمود الخضرى - عابدين
ت ٣٩١٥٨١٧ محمول : ٠١٠١٤٥٦٠٣٧

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ ... رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي ﴿٢٥﴾
وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي ﴿٢٦﴾ وَاحْلُلْ عُقْدَةً مِّن
لِّسَانِي ﴿٢٧﴾ يَفْقَهُوا قَوْلِي ﴿٢٨﴾ ﴾

[طه]

صَدَقَ اللهُ العَظِيم

إهداء

إلى روح والدى الطـاهرة - رحـمـه الله -

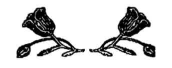
مثلى الأعلى والمربى الفاضل.

وإلى زوجى الفـاضـل الأسـتـاذ الدكـتـور

محمود خفاجى متعه الله بالصحة والعافية.

الدكتوره

سهير محمود أمين



تقديم

بقلم الأستاذ الدكتور

عبد المطلب أمين القريطى

تلعب مهارات التواصل دورا بالغ الأهمية فى كفالة التفاعل والنمو الاجتماعى والتفاهم بين الناس، وفى التعبير عن المشاعر والأفكار والاحتياجات، وفى تبادل المعلومات مع الآخرين والتعامل معهم. وعلى الرغم من وجود أشكال متعددة للاتصال كاللغة اللفظية واللغة غير اللفظية كالإشارات والحركات اليدوية، والرسوم والإيماءات. . .وغيرها. إلا أن اللغة اللفظية تظل أكثر أشكال الاتصال والتفاهم شيوعا بين الناس، لذا. . . يصبح من المهم اتخاذ الإجراءات الكفيلة بالتعرف والكشف المبكر عن شتى أنواع اضطرابات التواصل لدى أطفالنا، وكذلك التدخل العلاجى فى الوقت المناسب وبالطريقة الملائمة حتى لا تتفاقم هذه الاضطرابات وتتحول إلى مشكلات حقيقية يصعب علاجها مستقبلا وتتزايد آثارها السلبية على شخصية من يعانى منها؛ كالخجل والانطواء، والقلق والخوف، والإحباط والشعور بالنقص والدونية.

وتعد اضطرابات التواصل Communication Disorders - التى تشمل اضطرابات الكلام (النطق) Peach . واللغة Language أحد أهم أشكال الانحراف عن المستوى العادى فى الوظائف الكلامية واللغوية. وتشمل اضطرابات الكلام أو النطق عدة أنواع من بينها اضطرابات التلفظ Articulation؛ كالحذف والتحريف والإضافة والإبدال، واضطرابات الصوت Voice التى تشمل طبقة الصوت وشدته ونوعيته ورنينه، واضرابات طلاقة النطق Fluency التى ينتمى إليها موضوع هذا

الكتاب وهو اللجلجة. أما الفئة الأخرى من اضطرابات التواصل فتتمثل فى اضطرابات اللغة Language Disorders والتى تضم الاضطرابات اللغوية المستقبلة Receptive والاضطرابات اللغوية التعبيرية Expressive.

كما تعد اللجلجة Stuttering أكثر أنواع اضطرابات طلاقة النطق وانسياب الكلام وتدفقه شيوعا، ويشار إليها بمسميات مختلفة، كالتلعثم، والتأتأة، والفأفأة، والحُبسة، وعِىّ اللسان. وتشير هذه المسميات فى مجملها إلى اضطرابات أو خلل فى إيقاع الكلام يتميز بالترددات والانسدادات، والإعادة والتكرير، والإطالة فى الأصوات أو الكلمات أو المقاطع الصوتية بصورة لا إرادية. وعادة ما يكون ذلك مصحوبا بمجاهدة المتلجلج لإطلاق سراح لسانه، وباضطراب نشاطه الحركى وتوتره العضلى، ويبدو ذلك من خلال ارتجاف الشفتين، وارتعاش الفك ورموش العينين وجفونهما، ورفع الأكتاف وتحريك الذراعين، إضافة إلى اضطراب عملية التنفس وعدم انتظامها.

ويتناول الكتاب الذى بين أيدينا لمؤلفته الدكتورة سهير محمود أمين موضوع اللجلجة تناولا متكاملا شاملا حيث تعرض فيه لجوانب الموضوع النظرية والتطبيقية العلاجية، فتقدم المؤلفة فى الفصل الأول تعريفا باضطرابات النطق والكلام لدى الأطفال، وأهم أنواعها، كما تعرض فى الفصل الثانى من الكتاب لمفهوم اللجلجة ومظاهرها، وتفسيرها تبعا لتعدد وجهات النظر بشأن العوامل المسببة لها، وهى العوامل الوراثية، والبيوكيميائية، والنفسية، والنيوفسيولوچية، والبيئية والاجتماعية.

وتستعرض مؤلفة الكتاب فى الفصل الثالث عددا من أساليب وبرامج علاج اللجلجة التى استخدمت فى بعض البلدان الأجنبية، ثم تقدم فى الفصل الرابع وصفا شاملا لبعض البرامج العلاجية التى قامت المؤلفة بتجربتها على مجموعات من الأطفال المصريين وتحققت من فاعليتها، ثم اختتمت هذا الفصل باقتراح برنامج إرشادى جماعى للآباء بغرض تبصيرهم بأسلوب معاملة الطفل المصاب

باللجلجة، وبكيفية التخفيف من مصادر الضغوط الانفعالية التى يتعرض لها. ذلك أن الاتجاهات الحديثة فى رعاية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة عموما تؤكد على أهمية المشاركة الوالدية فى تعليم الطفل وتدريبه، وذلك بما يحقق لبرامج رعايته المزيد من الفعالية، والتكامل بين ما يستخدم من أساليب سواء فى تعليم الطفل أم علاجه أم تدريبه داخل المؤسسات من ناحية، وما يستخدم من أساليب معاملة فى المحيط الأسرى من ناحية أخرى.

ويسهم إرشاد الوالدين بقسط وافر فى توعية الوالدين بأساليب تشجيع أطفالهم على التحدث بشكل طبيعى، وتجنيبهم النقد والتقييم المستمرين لمظاهر القصور اللفظى لاسيما فى بداية تعلمهم اللغة والكلام، كما يسهم فى تدريبهم على كيفية تقديم نماذج لغوية مناسبة سليمة حتى يتسنى للأطفال محاكاتها بيسر وسهولة، إضافة إلى تبصيرهم بسبل تهيئة بيئة منزلية خالية من التهديد والقلق والخوف والضغوط، تسودها مشاعر الأمن والطمأنينة،· تعين الطفل على تقبل ذاته، وتتفهم احتياجاته وتعمل على إشباعها.

ويمثل هذا الكتاب العدد الثانى ضمن **سلسلة الفكر العربى فى التربية الخاصة** التى يسعدنى الإشراف عليها؛ والتى تبنت مؤسسة **دار الفكر العربى** فكرتها إسهاما منها فى تنوير الأذهان بقضايا ذوى الاحتياجات الخاصة، ومواكبة منها للاهتمام الملحوظ على المستويين الحكومى والأهلى، وعلى الصعيدين المحلى والعالمى برعايتهم.

وقد صدر بعون الله العدد الأول من هذه السلسلة بعنوان «تعليم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقليا»، وإننا إذ نأمل أن تتواصل حلقاتها تباعا، لنسأل الله عز وجل أن يجد فيها النفع والفائدة إنه نعم المولى ونعم النصير.

أد· عبد المطلب أمين القريطى

فهرست المحتويات

الفصل الرابع

الفصل الأول

اضطرابات النطق والكلام

مقدمــة :

« لاتتجمع ذرات الشعب وتتولد منها القوة القاهرة إلا بالكلام، فليس أعظم شأنا فى تربيــة الشـعـوب مـن الكلام بشـرط أن يكون كـلامـا نافـعـا »· (فـتـحـــى رضـــــوان، ١٩٦٠ : ٢).

تعـتبـر اللغة والكلام وسـيلة اتصـال هامة تـساعد الفـرد على عـملية التـوافق الاجتمـاعى، حيث إنها وسـيلة التفاهم بين الأفراد وبعـضهم البعض، حيث يتـبادلون المعلومات والمشـاعر والأفكار، كما أنهـا تعبر عن رغـبات الفرد وحاجـاته؛ لذلك فهى صفة للإنسـان الذى هو حيوان ناطق· (محمد عبد المؤمن حسين، ١٩٨٦ : ٢١٩).

ويعتبر إجادة الكلام من أهم مستلزمات الشخصية الكاملة، فالفرد الذى يكون لديه القدرة على الفهم والإفهام يكون ناضجا فى حياته العملية؛ وذلك لأهمية وظيفة الكلام فى حياة الفرد الأسرية والـعملية والاجتماعية، والإنسان يـستطيع الحصول على مايريده بلسانه أكثـر مما يناله بينانه، وإن البطولة والزعامة تحـالف بلاغة القول وفصـاحة اللسان وغـالبا مـانرى أبطال المنابر هم سـاسة الأمم وقـادة الشـعوب فى كل زمـان ومكان· (حسين خضـر، ١٩٦٠ : ٥)

تشير باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩ : ٩٥٩) إلى أن اللغة تعتـبر الوسيط الأساسى للتفاهم، فمن خلالها نعبر عن آرائنا، ومشاعرنا، واتجاهاتنا، وردود أفعالنا، كـما تعـتبـر وسيلة الاتصـال الأولى للطفل ليـعبـر عن آرائه ويبلغـها لوالديه وللعـالم الخارجى، وبينما يسـتطيع الأطفال الآخرون أن ينجحوا، فإن المصـاب باللجلجة بسبب الاضطراب الانفعالى يكون أكثر عرضة للقلق·

وأهميــة الكلام بالنسبــة للإنسان تكمن فى أنه يعـد أكثـر الأنشطة تعقـيدا، وأهم الأنشطة العضلية توازنا، فبـسبب طبيعته المعقـدة ومناطقه العصبية ومجمـوعاته العضلية والتى لا حصـر لها والتى تتطلب تقريـبا تناسقا تامـا وتآلفا، فإن الكلام يـعتبر عـرضة للتشويش والاضطراب خلال فـترات التوتر الانفعالى، وفى مثل تلك الفـترات فإننا نجد أن ضغوط التفاهم تكون أكثر تشويشا، واضطرابا أثناء التعبير اللفظى·

ويصف محمد حسين (١٩٨٦) عملية النطق بأنها نشاط اجتماعي مكتسب، يعتمد على تآزر المناطق العصبية ومركز الكلام فى المخ الذي يسيطر بالتالى على الأعصاب التى تحرك العضلات اللازمة لإخراج الصوت، كما يشارك فى عملية النطق الرئتان، والحجاب الحاجز، والأوتار الصوتية، والحنجرة، والفم، والتجويف الأنفى، واللسان، والشفتان، وغير ذلك من العوامل التى تؤثر على عملية النطق، كالقدرات العقلية، والعوامل الانفعالية، وحالة الفرد الصحية والنفسية، وبذلك نجد أن عملية تعلم اللغة أو الكلام عملية طويلة معقدة تشترك فيها عوامل متعددة وأجهزة مختلفة، لذلك إذا حدث خلل ما فى منطقة أو عامل من تلك التى ذكرت فإنه يؤدى إلى صورة أو أخرى من اضطرابات الكلام.

ويمكن تقسيم اضطرابات النطق والكلام لدى الأطفال إلى أنواع أهمها :

* اضطرابات الكلام التى ترجع الى القصور السمعى.
* اضطرابات التشكيل (الصياغة) وتشمل :

أ - اضطرابات الصوت.

ب - الاضطرابات الإيقاعية وتشمل :

١ - السرعة الزائدة فى الكلام.

٢ - اللجلجة.

جـ- اضطرابات النطق:

- الحبسة (الأفيزيا).
- اضطرابات التأخر فى القراءة والكتابة.
- اضطرابات تتعلق بإعاقات عقلية.

وسوف نتكلم بشيء من الإيجاز عن كل حالة منها.

فقدان السمع Hearing Loss

يؤدى فقدان حاسة السمع إلى ضعف القدرة اللغوية وضعف السلوك السيمانتى Semantic Behavior (السلوك المتعلق بمعانى الكلمات)، حيث يصبح الطفل غير قادر على تعلم اللغة بشكل كامل كأفراد يتمتعون بحاسة السمع، ولكن من المحتمل أن يكتسب الطفل العاجز عن السمع مهارات اللغة الطبيعية؛ وذلك لأن فقدان حاسة السمع

تعتبر أحد مصادر اضطراب الكلام القابلة للشفاء، فإذا عولجت حاسة السمع لدى الطفل نمت مهارات الكلام بشكل طبيعى.

وإصابة حاسة السمع لدى الطفل أثناء النمو يؤدى إلى تدهور جزئى لمهارات الكلام، ويعتبر هذا الطفل أفضل من الطفل الذى فقد حاسة السمع قبل أى نمو لغوى حيث هنا يكون الطفل أصما؛ لأنه حرم من حاسة السمع منذ مولده أو فقدها بمجرد تعلم الكلام. وبالتالي فقد محت آثار التعلم بسرعة، فكلما ازداد نموه اللغوى قبل فقدان السمع كان الطفل فى حالة أفضل، وتتسم لغة الطفل المعوق سمعيا بالجمل السهلة والمفردات (البدائية) اليسيرة مما يستخدمها الطفل الطبيعى (الطفل ذو الحاسة السمعية السليمة). (Starkweather، ١٩٨٢ : ٤٠٣).

ويرجع عدم وضوح كلام المعوق سمعيا إلى ثلاثة أسباب هى :

١ - الطفل المعوق سمعيا ليس لديه القدرة على التحكم فى الفترات الزمنية بين الكلمة والأخرى، مما يؤدى إلى أخذ وقت أطول فى نطق كل كلمة؛

٢ - الطفل المعوق سمعيا ليس لديه القدرة على توضيح الأصوات المختلفة، وقد يؤدى ذلك إلى تداخل بين الأصوات.

٣ - أثناء النطق لايستطيع الطفل الضغط على الكلمة فتخرج الأصوات غير واضحة.

اضطرابات التشكيل (الصياغة) وتشمل :

أولا : اضطرابات الصوت : Dysphonia

هى العيوب التى تصيب وظيفة الصوت مثل الهمس Whispering، أو الشذوذ الذى يصيب طبقات الصوت.

ويشير مصطفى فهمى (١٩٦٥) إلى أن الانحرافات فى نوعية الصوت ورنينه أكثر أنواع الاضطرابات فى الصوت شيوعا، حيث يمكن تمييز أهم اضطرابات الصوت فى الصوت الهامس، والصوت الخشن الغليظ والخنف.

ويتميز الصوت الهامس بالضعف والتدفق المفرط للهواء، وغالبا ما يبدو الصوت وكأنه نوع من الهمس الذى يكون مصحوبا فى بعض الأحيان بتوقف كامل للصوت.

أما الصوت الغليظ الخشن، فغالبا ما يكون صوتا غير سار ويكون عادة مرتفعا فى شدته ومنخفضا فى طبقته، وغالبا ما يكون إصدار الصوت فى هذه الحالات فجائيا ومصحوبًا بالتوتر الزائد.

كما يعتبر «الخنف» من اضطرابات الصوت الشائعة بين الأطفال المصابين بشق فى سقف الحلق Cleft Palate حيث يبدو الطفل كما لو كان يتحدث من الأنف.

ثانيا : الاضطرابات الإيقاعية : Disorder of Rhythm

تنقسم اضطرابات الإيقاع إلى :

١ - السرعة الزائدة فى الكلام : Cluttering

هى اضطراب يصيب طلاقة الكلام والفرد الذي يعانى من السرعة الزائدة فى الكلام، يتكلم بسرعة فائقة لدرجة تصل إلى حذف بعض المقاطع أو كل المقاطع تقريبا وبالتالي لايتضح نطق هذه المقاطع، ويعتقد أن أساس هذا العيب الكلامى يرجع إلى وجود اختلال فى مراكز اللغة يؤدى إلى ضغط الكلام لدرجة الخلط بين المقاطع، لدرجة أن المستمع قد يجد صعوبة فى متابعة الكلام أو فهم مايقال. (Freema، ١٩٨٢ : ٨٨٦).

وتختلف السرعة الزائدة فى الكلام عن اللجلجة بشكل ملحوظ، ويبدو هذا كما يلى :

١ - السرعة الزائدة في الكلام لاتسترعى انتباه الفرد مثل اللجلجة.

٢ - الفرد الذي يتكلم بسرعة زائدة لايخشى مواقف الكلام Speaking situations.

٣ - قلة الارتباط بمواقف حدثت فى الماضى.

٤ - لايصاحبها انفعالات الخوف والتوقع مثل اللجلجة.

٥ - اتفق الخبراء على الطبيعة الوراثية Hereditary nature للسرعة الزائدة. (The New Encylopedia Britannica, 1991 : 102).

٢ - اللجلجة :Stuttering

وسوف تتحدث عنها الباحثة بشىء من التفصيل فيما بعد :

ثالثا: تأخر النطق Delayed articulation

فى المراحل الأولى من عمر الطفل أثناء تعلمه الكلام تحدث بعض الصعوبات لدى غالبية الأطفال أثناء تعلمهم الكلام، وقد تستغرق بعض السنوات حتى تزول، وعادة تستمر هذه الصعوبات حتى سن الخامسة لدى حوالى ١٥ ٪ من الأطفال، وتعتبر أخطاء النطق (الهجاء) شائعة بين أطفال المرحلة الابتدائية، ولكن معظم الحالات تتحسن تلقائيا.

وتعتبر إطالة الأصوات فى بداية النطق شكلاً من أشكال اضطراب النطق، بمعنى أنه نمو متأخر للنطق الطبيعى دون سبب واضح، حيث لايوجد أى قصور لغوى آخر، كما أنه السبب الأكثر شيوعا للتحويل العلاجى لمعالجى الكلام فى عيادات المدارس.

وبذلك نجد أن الأطفال الذين تجاوزوا الخامسة من العمر يعرضون نماذج كلامية بدائية تشبه الأطفال ذات الثلاث سنوات، حيث يجدون صعوبة فى نطق حرف س S وحرف ر R. (Espir and Gliford ١٩٨٣ : ٨٥)، وبالإضافة إلى ذلك نجد عيوب النطق تتمثل فى أربعة أشكال :

الحذف Omission

وهو عبارة عن حذف حرف من حروف الكلمة.

الإضافة Addition

عبارة عن إضافة حرف زائد على حروف الكلمة بعد كل مقطع.

الإبدال Subtitution

عبارة عن إبدال حرف بآخر مما يؤدى إلى صعوبة فهم كلام الطفل.

التحريف Distortion

عبارة عن تحريف نطق الحروف أو نطقها بطريقة خاطئة لكن لايصل التحريف إلى مستوى الخلط، أى أنه لايزال يسمع على أنه الحرف نفسه.

وأكثر الحروف تأثرا بهذه العيوب هى الحروف الساكنة والمتأخرة والاكتساب Las-tacquired مثل :ف (F) ب (F) و ش (sh) و ذ (th)، وتكثر الأخطاء مع الكلام التلقائى، وقد يتأخر هؤلاء الأطفال عن اكتساب القراءة والكتابة مما يؤدى بهم إلى العزلة وبعض الاضطرابات السلوكية. (Espir and Gliford، ١٩٨٣ :٨٥).

الأفيزيا : Aphasia

تحدث الأفيـزيا بسبب مرض الجانب الأيسر من المخ، وبالتـالى يظهر الشلل فى اليد أو الساق اليمنـى، حيث تشير الدلائل إلى أن نصف المخ الأيسر يعتـبر مسيطرا فى كل الأفراد الذين يستخدمون اليد اليمنى وبعض الذين يستخدمون اليد اليسرى.

ويعتقد الخبراء أن نصف المخ الأيسر يكون مسيطرا بالنسبة للغة فى معظم الأفراد بغض النظر عن استخدام أي يد، وأن سيطرة نـصـف المـخ الأيمـن يكون استثنائيا لبعض الأفراد الذين يستخدمون اليد اليسرى، وبالتالى فإن السيطرة اللغوية تضطرب فى كلا الجانبين لدى بعض الأشخاص الذين يستعملون اليد اليسرى.

تعنى الأفيزيا عدم القدرة على التعبير واسـتعمال الرموز اللغوية، وتشمل الأفيزيا اضطرابات حركية وأخرى حسية، وأساس الأفيزيا الحـركية (التعبيرية) هى فقدان الذاكرة بالنسبة لمعنى اللغـة، وفـقدان القدرة على إنتاجها، فإن المريض لا يسـتطيع استدعاء أى مادة لفظية لتـشكيل محادثة، بالرغم من أنه يعرف مـا يريد أن يعبر عنه، وأحيـانا يفقد المصاب القدرة على التعبير بالكلام إلى الحد الذى يقتصر فيه محصوله اللغوى على كلمة واحدة يستخدمها للتعبير عن أشياء كثيرة.

أما الأفيزيا الحـسية فهى فقدان القدرة على فـهم الكلمات المنطوقة، وعلى الرغم من أن المصاب بالأفيزيا الحسية يتمتع بقدرة سمعية عادية، إلا أنه يتعذر عليه فى الغالب تمـيـيز الأصوات، فـهو يخلط بـين حروف الكلمـات، ويطلق على هذه الحالة العـمـى السمعـى (The New Encyclopedia Britannica 1991: 102).

التأخر فى القراءة (عسر القراءة) :

Developmental(specific)dyslexia

هو فقدان القدرة على القراءة أو الكتابة أو كليـهما. إن التأخر فى نمو الميكانيزم الذي يمهد ويؤلف قدرات القراءة يؤدى إلى عسر القراءة Specific dyslexia الذى يمثل مشاكل خاصة من وجهة النظر الطبية والتعليمية، ويكون التأخر فى نمو العمليات المعرفية فى المخ والتى تنسق القـدرات الضرورية للقراءة والكتـابة كقـصور وظيفى مـعزول فى شخص طبيعى، فهذا ما يعرف بالتأخر فى القراءة.

ويواجـه غالبـية المرضى صـعوبات فى جـزء من المخ والخاص باللغـة، وبعض الأنماط الأخرى تشمـل صعوبة فى تقليد النمـاذج والرسم البيانى ودرجات مخـتلفة من الاضطرابات الإدراكية الحسية والمرئيـة والعمى اللفظى، وآخـــرون لديهم صعوبـــات فى الكتابة والـهجاء وبخـاصـة التعبيـر عـن الأفكار بشكـل مـلائم بالكلمـة الـمكتوبـة. (Espir and Gliford، ١٩٨٣ : ٩٠).

ويتسم الأطفـال المصابون بهذا المرض بـقابليتـهم لشرود الذهن distractable وبضعف الانتباه Poor - attention، وقد يكون هذا راجعا إلى إصابة يسيرة بالمخ والتى تظهـر على هيئـة تأخر فى القـراءة، والكتابة، والكلام، أو حـركات هزليـة مصـحوبة بسلوكيات مضطربة٠

وتتألف الصعوبات المختلفة للقراءة من :

- عدم القدرة على التعامل مع هجاء الكلمة٠
- الفشل فى رؤية أوجه التشابه والاختلاف فى أشكال الكلمات٠
- الفشل فى رؤية الاختلافات فى أشكال الحروف٠
- عمل المعكوسات٠
- الفشل فى معرفة المكان المحدد٠
- الفشل فى القراءة من الشمال إلى اليمين٠
- ضعف التركيز
- الفشل فى القراءة بفهم تام٠

ولقد اتضح أن الصـعوبات الأكثر شيـوعا هى اضطراب الحروف المتشـابهة من حيث الرؤية مثل «q p، d b »، أما بالنسبة للغة العربيـة فنجد أن الحروف المتشابهة من حيث الرؤية هى مـاتعرف بالحروف المعجـمة والحروف المهـملة مثـل « ج، ح، خ، د ذ، ر، ز، س، ش٠٠ إلخ »٠ (عبد الله ربيع محمود، ١٩٩٢ : ١٠٠)٠

وغـالبا مـايستطيع الـطفل أن يقرأ الحـروف الفردية ولكـنه يخطئ عندما يقـرأ الكلمات٠ ولاتختلف الأخطاء عن الأخطاء التى يقوم بهـا طفل طبيعى فى بداية تعلمه للقراءة٠

أما مظاهر القصور المرتبطة بالكتابة فهى كالتالى :

١ - تشويش وعدم تصور للحروف٠

٢ - أخطاء فى ربط الحروف بعضها ببعض٠

٣ - الكتابة المعكوسة Mirror-Writting٠

٤ - الخطأ فى كتابة الحروف التى لاتنطق٠

ويتسم هولاء الأطفال بالآتى:

أ - اضطرابات ذاتية الحركة٠

ب - اضطراب حسى خفيف٠

جـ- حركات عشوائية غير ملائمة.

د - تقدير خاطئ للوقت. (Espir and Gliford, ١٩٨٣ : ٩٠، ٩١).

اضطرابات مرتبطة بإعاقات عقلية:

Disorders associated with mental abnormality :

التخلف العقلي: Mental Retardation

يعتبر الأطفال المتخلفون عقليا متأخرين عادة في اكتسابهم للغة وفي قدرتهم على العناية بأنفسهم، وتتسم لغة المتخلفين عقليا باليسر والسهولة، حيث يستخدمون جملا أقل تعقيدا وتنوعا بالمقارنة بالأطفال العاديين.

خوف الكلام: Speech phobia

قد يتوقف بعض الأطفال عن الكلام عند ذهابهم للمدرسة لأول مرة ويعد خوف الكلام، أو الخرس الاختياري elective mutism مشكلة ليست شائعة، ولكنه يحدث أحيانا عندما يكون في حياة الطفل خبرة أدت إلى اكتساب خواص منفرة في موقف يتطلب تفاعلا شخصيا إلى نوع من الإشراط الكلاسيكي.

ففي بداية دخول المدرسة فإن الأطفال ينفصلون على آبائهم لفترة زمنية طويلة، ويجد الأطفال أنفسهم في مناخ غير مألوف، حيث يتم تقديمهم لأفراد كبار وغرباء عنهم لديهم سلطة كبيرة وتحكم فيما يفعلونه، كما يتم تقديمهم للعديد من الأطفال الجدد، وتلك الأحداث يكون فيها ماهو كاف لإثارة خوف قوى لدى بعض الأطفال، وبالتالي يؤدى إلى استدعاء ردود فعل تدل على الخوف ويكون الخرس من بينها.

ويعبر عن ذلك رمزيا كما يلي :

$S_1 \leftarrow S$ (م- ← م١)

حيث إن (م-) - S = مثير مرتبط بدخول المدرسة، وسائل النقل، مبنى المدرسة.. إلخ.

(م -) - S= أحداث منفرة aversive events مثل مقابلة أفراد جدد، فقدان السيطرة، الانفصال عن منزل الوالدين.

فإذا تبين للأطفال أن من يتكلم سيعاقب، هنا نجد أن الإثارة المنفرة جاءت مرتبطة بكلام الأطفال، وبالتالي سيدرك الطفل أن عدم الكلام وسيلة لتجنب مثير منفرد aversive stimulation .

ويصبح (م١ ← س١ ← م-) S1→ R1 → S-

(م١) S^1 = مثير مرتبط بالمدرسة أو أى موقف اجتماعى آخر ·

(س١) R1 = الكلام

(م -) S^- = نتائج واقعية منفرة أو تهديد للكلام ·

(Starkweather، ١٩٨٣، ٣٠٦).

انفصام الشخصية فى الطفولة : Childhood Schizophrenia

يتم تحديد سمات الانفصام لدى الكبار بالارتداد عن الواقع، وينطبق هذا التعبير على الطفل المصاب بالتأخر اللغوى، ويعزل نفسه، ويظهر قدرا كبيرا من الخوف أو الانفعالات السلبية، وتعتبر حالات الانفصام أكثر شيوعا بين الأطفال الذكور من الإناث، وتظهر لدى الطفل اضطرابات فكرية وكلامية تؤدى إلى لغة غامضة وغير ملائمة، كما يعتبر الأطفال المصابون بالانفصام أقل قدرة على إدماج المعلومات وتقديمها فى صورة نماذج حسية ·

الاجترارية (انغلاق الذات) Autism

«الاجترارية : هى انسحاب الفرد من الواقع إلى عالم خاص من الخيالات والأفكار ويعتقد أنها الخاصية الأولى للفصام، والشخص الاجترارى ذو شخصية مغلقة، وهو ملتف إلى داخله، ومنشغل انشغالا كاملا بحاجاته ورغباته التى يتم إشباعها كلية أو إلى حد كبير فى الخيال» · (جابر عبد الحميد جابر، ١٩٨٨ : ٣١٥).

ولهذا نجد أن السمة الأساسية التى تميز هذا النوع من الأطفال هو عدم الاهتمام، أو مقاومة التفاعل مع الآخرين، فإن هؤلاء الأطفال قد يعاملون آباءهم أو الآخرين كما لو كانوا أعداء، يزحفون نحوهم، كما أنهم يميلون لأن يؤذوا أنفسهم أو يثيروا أنفسهم بأساليب غير عادية، فعندما يتعرضون لمثير معين مثل الضوضاء العالية نجد بعضهم يبدو عليه الخوف الشديد والغضب، والبعض الآخر لايخافون حتى من المواقف الخطرة ·

ويعتبر الاجترار العقلى شائعا أكثر بين الأطفال المبتسرين، أو نتيجة الإصابة بالحصبة الألمانية الموروثة، ويتم تقسيم هؤلاء الأطفال إلى قسمين : فبعضهم يتكلم، والبعض الآخر لايتكلم، وحتى هؤلاء المتكلمون يظهرون قصورا فى استخدام اللغة وأخطاء نحوية كثيرة، ويستخدمون تراكيب لغوية سهلة جدا، كما أن لديهم قصورا فى المهارات المعرفية · (Starkweather، ١٩٨٣ : ٣٠٢).

※ ※ ※

الفصل الثاني

اللجلجة

(مفهومها - مظاهرها - تفسيرها)

نبذة تاريخية عن اللجلجة:

لقد تم التعرف على ظاهرة اللجلجة كمشكلة منذ زمن سحيق حيث يرجع تاريخها إلى عصور مصر القديمة، ولقد عرف ذلك من رموز معينة تم اكتشافها فى الهيروغليفية، كما ذكرت فى الإنجيل بواسطة الفلاسفة القدماء، ولقد قيل : إن سيدنا موسى (عليه السلام) مصاب باللجلجة، وكذلك أرسطو Aristotle وآيسوب Aesop وديموستينس Demosthenes، وفى عصرنا الحاضر وينستون تشرشل Winston Sir Churchill والملك جورج السادس King George VI وغيرهم كثيرون.

ولقد اعتقد قديما أن أصل تكوين اللجلجة بدنيا، وأرجع أبو قراط Hippo-crates اللجلجة إلى جفاف اللسان، وأرجعها أرسطو إلى سمك اللسان وصلابته، وفرانسيس بيكون Francis Bacon رأى أن يكون السبب هو برودة اللسان.

وأعتقد سانتوريني Santorini عالم التشريح الإيطالى أن سبب اللجلجة هو وجود فتحتين فى المنطقة الوسطى من سقف الحلق وأنهما ذوى حجم غير طبيعى، ثم رفض مورجاجنى Morgagni تلك النظرية؛ لأنه مؤسس علم التشريح الباثولوجى، ونزع نحو الاعتقاد أن العظمة اللامية Hyoid bone هى السبب، ثم جاءت فكرة أن اللسان هو أساس هذا القصور اللفظى، وظلت منتشرة حتى منتصف القرن التاسع عشر، وكان الجراحون الأوروبيون يتنافسون بكونهم الأوائل في تقدم الأساليب الفنية العملية لعلاج هذه الظاهرة جراحيا.

وفى عام (١٨٤١) تم علاج (٢٠٠) حالة تقريبا جراحيا فى فرنسا، وفى نهاية هذه السنة أطلقت صيحة تحذير واعترف من سمح بتلك الطريقة العلاجية بالخطأ.

واليوم، فإن علماء التشريح يختلفون عما سبقوهم فيما يتعلق بالعامل المسبب للجلجة، حيث رأوا أن الكيان العضوي مرتبط بالسمات البدنية النفسية للفرد، ولقد أضاف كثير من الباحثين العوامل النفسية إلى طريقة العمل والنظريات الحديثة للجلجة لا حصر لها الآن. (Dominick، ١٩٥٩ : ٩٥١).

مفهوم اللجلجة:

كثير من الباحثين اهتموا بإعطاء معنى للجلجة على أساس أنه اضطراب يؤثر على إيقاع الكلام، حيث يتميز نمط الكلام بالإطالة الزائدة، وتكرار الأصوات والمقاطع، والتمزق، والإعاقات الكلامية التى يبدو فيها المتلجلج، وقد اختنق الكلام فى حلقه بالرغم من المجاهدة والمكابدة من أجل إطلاق سراح لسانه، وهم بذلك يرون أن اللجلجة : هى عدم قدرة الفرد على إتمام العملية الكلامية على الوجه الأكمل.

ويعرف وندل جونسون. Johnson (١٩٥٥ : ٣١، ٣٢) اللجلجة موضوعيا Objectively بقوله : إنها اضطراب يؤثر على إيقاع الكلام تتمثل فى توقف متقطع Intermittent أثناء الكلام وتكرار تشنجى للأصوات Convulsive repetition of a sound.

وتصف باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩ : ٩٥٠) اللجلجة بأنها: اضطراب فى تدفق الكلام بسلاسة Smooth flow of speech بسبب أزمات توقفية وتكرارية Tonic and clonic spasms مرتبط بوظائف التنفس والنطق والتشكيل (الصياغة).

ويرى جونسون Johnson أنه لكى يقدم تعريف دقيق عن اللجلجة يجب أن يؤكد على جانبى الصورة ويقدم تعريفا ذاتيا؛ وذلك لاستكمال التعريف الموضوعى للجلجة فيقول : «اللجلجة هى خبرة صراع تنشأ من رغبة المتلجلج فى التحدث مقابل الرغبة في تجنب اللجلجة المتوقعة Expected stuttering».

وقد رأى بعض العلماء أن اللجلجة تنشأ نتيجة حالة صراع تدور دائما داخل الفرد بين رغبة المتلجلج فى الكلام لكى يتواصل مع الآخرين، ورغبته فى الصمت خوفا وخجلا من حدوث اللجلجة، وغالبا مايكون ضحية للشعور بالعجز والخوف مما يؤدى بالفعل إلى حدوث اللجلجة.

ويرى أتوفينخل (١٩٦٩ : ٥٢٩) أن اللجلجة عبارة عن صراع بين ميول مختصمة، فالمريض يكشف عن أنه يرغب فى أن يقول شيئا ومع ذلك لايرغب فى أن يقوله، وحيث إنه يقصد شعوريا إلى أن يتكلم فلابد وأن يكون لديه سبب لاشعورى حتى لايرغب فى الكلام، ويرجع هذا بالضرورة إلى دلالة لاشعورية للكلام إما للشىء الخاص الذى سيكون عنه الحديث وإما لعملية الكلام بصورة عامة.

وهناك وجهة نظر أخرى بخصوص اللجلجة بوصفها سلوكا مكتسبا بالتعلم يعتنقها جوزيف شيهان Sheehan (١٩٥٨ : ١٢٥، ١٢٦) فهو ينظر إلى اللجلجة على أنها تحدث نتيجة وجود صراع بين رغبتين متعارضتين - رغبة المتلجلج فى الكلام وفى الوقت نفسه رغبته فى الامتناع عن الكلام.

ويرجع الرغبة فى عدم الكـلام إلى الإحجام المكتسب Learned avoidance أو إلى دوافع لاشعورية unconscious motives وطبقا لوجهة نظر شيهان Sheehan التى ترى أن اللجلجـة تبدأ عندمـا يصل كل من الميل إلى الكلام والرغـبة فى الإحـجام عن الكلام إلى مستوى التوازن، وبعد ذلك يتمكن المتلجلج من مواصلة الكلام؛ لأن بظهور اللجلجة يعمل على تخفيض دافع الخوف، ويستطرد شيهان Sheehan مفسرا السبب فى ذلك : أنه أثناء حدوث اللجلجة يقل دافع الخوف لدرجة يختفى معها الصراع بين الرغبة فى الكلام والرغبـة في عدم الكلام، أى اخـتفاء تحـاشى الكلام الذى يحركـه الخوف، ولكن لسوء الحظ تستمر سيطرة الصراع بين هاتين الرغبتين المتعارضتين فى مواقف الكلام التالية، ومن يميل سلوك اللجلجة إلى أن يكون سلوكا متكررا ·

وفريق آخـر من الباحـثين يرون أن اللجلجة تتم وفـق مراحل معـينة، وتتلخص وجهة نظرهم فى أن عـدم الطلاقة اللفظية ظاهرة منتشرة بين صغـار الأطفال، حيث إن غالبـية الأطفال فـى بداية تعلمهم للكلام قـد تظهر عليهم بعـض الترددات والتكرارات العادية فى كلامهم وأن الوالدين أو المحيطين بالطفل هم أول من يشخص هذه التكرارات على أنهـا لجلجة، وأن الطفل مصـاب باللجلجة، وحـين يطلق على الطفل هذا اللقب تتقيد حركته فى الكلام بمجمـوعة من مشاعر القلق والمخاوف من جانب الوالدين، ومن ثم تنعكس تلك المشاعـر على الطفل، ويصبح قلقا مـتوترا وخائفـا من الفشل فى نطق الكلمات ومن ثم يصبح متلجلجا ·

فيرى بلودشتين Bloodstein (١٩٦٩ : ٢١، ٢٥) أن اللجلجـــة تمثل درجـة قصوى من أشكال عدم الطلاقة العادية Normal non-fluency، كما أنه ناقش العلاقة بين التـقطعات الكلامـية Speech - interruptions للأطفـال المصابين باللجلجـة والتقطعات الكلامية لغير المتلجلجين، ولقد وجد من خلال ملاحظاته أن التكرار الجزئي للكلمـة وتكرار الكلمـة والإطالة الصوتيـة Sound-prolongation مـوجود فى كـلام الأطفال المتلجلجين مثلمـا هو موجود فى كلام غير المـتلجلجين لكنه مع الاختلاف فى درجة الإعاقة، ولقد قادته بحوثه فى اللجلجة وخبراته إلى الاعتقاد بأن اتجاه المتلجلجين تجـاه تلك الأعـراض يعـد البـعـد الرئيـسى للجلجـة، فـإن القلـق، وتوقع اللجلجـة Anticipation of stuttering والاعـتقـاد الداخلى بصـعـوبة الكلام، كل هذا يؤدى لاستـمرار ورسـوخ اللجلجة، وكل هذا يعـد من العوامـل الرئيسيـة التى تساعـد على استمرار اللجلجة ·

ويقدم بلودشتين Bloodstein (١٩٦٩) خمسة أطوار تمثل تطور اللجلجة لدى الفرد فى المرحلـة الأولى، تتميـز بتكرار الكلمات الصغـيرة وتزداد فى مـواقف الضغط stress situations لكن مع نقص فى الجانب الانفعالي والإدراكى من ناحية الطفل تجاه لجلجته ·

المرحلة الثانية: تتميز اللجلجة بالاستمرارية وتزداد فى أوقات الإثارة، ومع ذلك لم يكف أو يعاق كلام الطفل بسبب اللجلجة.

أما المرحلة الثالثة: فتظهر مع طفل المدرسة الأكبر سنا، حيث يكون مدركا للمواقف الصعبة، وبالتالى بدأ ينهج بعض الوسائل الخاصة به لتجنب بعض الكلمات أو المواقف التي يخشاها.

المرحلة الرابعة: يصبح الطفل متلجلجا، حيث يوجد التوقع والخوف وتجنب مواقف الكلام مع ظهور علامات الخوف والإحراج على الطفل المتلجلج.

والمرحلة الخامسة: تتعلق بالراشدين المتلجلجين، حيث يبتكر المتلجلج وسائل يعالج بها لجلجته مفضلا ذلك على التحسن الحقيقى فهو نفسه مدرك لمشكلته.

وهناك فريق آخر من الباحثين أعطوا تعريفا للجلجة على أساس أنها: نتيجة حتمية للقلق والخوف الذي يمتلك الفرد، والخوف من عدم مقدرته على إتمام العملية الكلامية بنجاح، فالخبرات المؤلمة التى مر بها فى مواقف الكلام المتعددة جعلته يتصور أن الكلام السلس هو من الأمور الصعبة، لذلك فهو يتوقع حدوث اللجلجة على الرغم من محاولته بذل الجهد لتجنبها.

وندل جونسون Johnson (١٩٥٦ : ١٨٢) يعرف اللجلجة على أنها: شكل من أشكال السلوك المكتسب Learned Behavior، حيث يؤكد أن الأطفال المتلجلجين هم فى الحقيقة أطفال عاديون، ويعرف اللجلجة على أنها : رد فعل لتجنب اللجلجة يتسم بالتوقع anticipatory والخوف والتوتر الشديد Hypertonic، بمعنى أن اللجلجة هى مايفعله الفرد عندما :

- يتوقع حدوث اللجلجة.
- يخافها (يرهبها).
- يصبح متوترا توقعا لحدوثها.
- يحاول أن يتجنبها، ثم مايفعله فى محاولة منه لتجنب اللجلجة يتساوى مع توقف الكلام توقفا كليا أو جزئيا.

كما يعرف أوليفر بلودشتين Bloodstein (١٩٨٦ : ٥٧٣) اللجلجة بأنها اضطراب كلامى يتسم بالتوقف والتقطع فى تدفق الكلام بسلاسة ويضيف بلودشتين أن اللجلجة كاضطراب تختلف عن الترددات Hesitations، والوقفات الكلامية لغير المتلجلجين، حيث إن هناك فرقا أساسيا فى المشاعر التى تنتاب المتلجلج مثل الخوف والقلق والشعور بالخزى والتوتر العضلى الذى يؤدى إلى فقدان التحكم فى أعضاء الكلام.

تعقيب:

لقد ذكر الكثير من العلماء والمهتمين بدراسة ظاهرة اللجلجة أنها تعد ظاهرة مرضية غاية في التعقيد، حيث إن لها العديد من الأسباب في علم الأمراض وتقول باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩ : ٩٥٠) : إن العديد من المهتمين ببحث تلك المشكلة قد أضافوا لها الكثير من التعقيد والتشويش، ولذلك لا غرابة أن نجد هناك وجهات نظر مختلفة من قبل العلماء المهتمين بدراسة اللجلجة في تعريفهم لهذه المشكلة، فمنهم من نظر إلى اللجلجة على أنها: اضطراب يصيب إيقاع الكلام فيؤثر على قدرة الفرد على إتمام العملية الكلامية على الوجه الأكمل، ويتميز هذا الاضطراب بتكرار أصوات ومقاطع الكلام والإطالة الزائدة والإعاقات الكلامية.

وفريق آخر نظر إلى اللجلجة على أنها: حالة من القلق والخوف، حيث إن الخوف من اللجلجة يولِّد لدى الفرد الكثير من الإعاقات التي تظهر في بعض المواقف الكلامية معبرة عن حالة القلق والتوتر، وبذلك يجد المصاب باللجلجة نفسه يدور في حلقة مفرغة.

وبعضهم قرر أن اللجلجة ماهي إلا عملية صراع، ويقع المتلجلج فريسة لعملية الصراع هذه بين الرغبة في الكلام وفي الوقت نفسه الرغبة في عدم الكلام، وتكون النتيجة شعور المتلجلج بالعجز والخوف من العملية الكلامية حيث يصبح الكلام السلس أمرا بالغ الصعوبة.

وقد أولى بعض الباحثين أهمية بالغة بالطفل في بداية تعلمه للكلام وعدم إصدار حكم على الطفل أنه مضاب باللجلجة من قبل الوالدين لمجرد ظهور بعض التكرارات أو اللجلجات الخفيفة أثناء تعلمه للكلام، وفي هذا يقولون : «إن اللجلجة تقع في أذن الأم أولا، وليس في فم الطفل» بمعنى عدم إظهار مشاعر القلق والخوف تجاه كلام الطفل حتى لاينعكس ذلك على الطفل، وتتطور اللجلجة العادية إلى لجلجة حقيقية عندما يتجنب الطفل مواقف الكلام مع ظهور علامات الخوف والحرج عليه.

مظاهر اللجلجة:

التكرارات : Repetitions

يرى بيتش وفرانسيلا Beech & Fransella (١٩٦٨ : ٣٥٤) أن التكرار يعد من أهم السمات المميزة للجلجة، حيث إنها أحد أعراض اللجلجة الأكثر شيوعا خاصة عندما تحدث عدة تكرارات بالصوت نفسه بالتتابع لدرجة تلفت انتباه المستمع. والتكرار يكون لبعض عناصر الكلام مثل :

١ - تكرار حرف sound معين مثل الحرف (n) فى العبارة التالية :

د٠ د٠ د٠ دلوقت سأذهب إلى n.n.n.now I am going to

٢ - تكرار للمقاطع اللفظية whole syllable مثل المقطع (un) فى العبارة التالية:

فا٠ فا٠ فا٠ فانلة un. un. un. under wear

٣ - تكرار للكلمة whole word مثل كلمة but فى العبارة التالية :

لكن - لكن - لكن - لكن انظر but - but - but - but look

٤ - تكرار للعبارة phrase بأكملها مثل عبارة دعنى let me

دع - دعنى - دعنى أرى let - let me - let me see (Starkweather، ١٩٨٣ : ٣٥٤).

ومع أن التكرارات تعتبر من الأعراض المميزة لوجود اللجلجة، إلا أن تكرار العبارات والكلمات والمقاطع يعد شائعا بين الأطفال الصغار جداً، وقد يكون مؤشرا لوجود اللجلجة، حيث إن الأطفال الذين يتراوح أعمارهم من (٢ -٥) سنوات يتسم كلامهم بالترددات والتكرارات للمقاطع اللفظية والكلمات وكذلك العبارات٠ وأجريت دراسات إحصائية لهذا الموضوع، وتبين أنه إذا كان متوسط التكرارات (٤٥) مرة لكل (١٠٠٠) كلمة تعتبر تكرارات طبيعية٠

ويؤكد إدوارد كونتر Conture (١٩٨٢ : ١٦٤) هذه الحقيقة بقوله أن التكرارات تؤخذ فى الاعتبار على أنها لجلجة عندما تصل إلى نسبة ٥ ٪ من حاصل الكلام الكلى للطفل٠ ويضيف كونتر بأن هناك وجهة نظر طبية ترى أنه ليس فقط درجة تكرارات الكلمات وحدها هى المؤشر لوجود الاضطراب، ولكن الأهم هو طبيعة هذا الاضطراب، بمعنى أن الطفل يعتبر متلجلجا إذا اتسم كلامه بتكرارات للكلمات، والمقاطع اللفظية، وإطالات صوتية وكذلك حدوث الإعاقات الداخلية٠

الإطالات Prolongations

هناك شكل تشخيصى آخر وهام للجلجة هو الإطالات الصوتية Prolongations of Sounds، حيث يطول نطق الصوت لفترة أطول خاصة فى الحروف المتحركة٠

ويعد إطالة الصوت شكلا هاما لهذا النوع من الاضطراب الكلامى، حيث إنه من النادر وجـوده فى كلام غيـر المتلجلجين. حـيث يؤكد بيـتش وفرانسـيلا Beech and Fransella (١٩٦٨) أن الإطالات تعـتبـر شـائعة جـدا بين المتـلجلجين وذات دلالة تشخيصية مقبـولة، وذلك بسبب قلة حدوثها بين الأفراد ذوى الطلاقة اللفظية، لكن من المثـير أن الأفـراد غيـر المتلجلجين يميلون لإظهـار هذا النوع من الاسـتجـابة الكلاميـة (الإطالات) تحت ظروف التغذية المرتدة السمعية المتأخرة delayed auditory Feedback وتفتـرض تلك الملاحظة أن الاضطرابات الكلامية التى تنتج تحت ظروف التـغذية المرتدة السـمعـية تخـتلف عن الاضطرابات المـوجودة لدى المتلجلجـين مثل التـردد والتكرار، بالإضافة إلى أن الآليـات المرتبطة بإنتاج الإطالات سواء بواسطة التغذية المرتدة السـمعية أو فى اللجلجة تعتبر مختلفة.

ويضيف إدوارد كونتر Conture (١٩٨٢ : ١٦٤) أن الإطالات غـالبا مـاتكون مرتبطة بالمراحل المتـقدمة من اللجلجـة، أما فى مراحلهـا المبكرة، فغالبـا ماينتج الطفل تكرارات صوتية أو مقطعية أكثر من إنتاجه للإطالات الصوتية.

كما أنه من الأشـياء المعروفة لدى أخصائى الكلام أن اللجلجـة إذا تركت فسوف تتطور من سيئ الى أسـوأ (أى من تكرارات صوتية ومـقطعية الى إطالات صـوتية)، ولذلك فهم يفضلون التعامل مع الأطفال الذين لديهم تكرارات صوتية ومقطعية، حيث تبدو المشكلة فى مراحلها المبكرة والعلاج فى هذه الحالة يكون أسرع وأضمن.

التوقفات الكلامية (الإعاقات الكلامية) Blockages :

هناك شكل آخر للجلجـة والذى يسبب إحباطا لكل من المتكلم والمـستمع، وهو متعلق بالإعاقات الصامتة Silent blocks ويظهر من خلالها عـجز المتلجلج عن إصدار أى صوت على الإطلاق برغم الجهد العنيف الذى يبذله.

وتحدث الإعاقة الكلامـية بسبب انغلاق ما فى مكان ما فى الجـهاز الصوتى تؤدى إلى إعاقـة الحركة الآليـة للكلام، بالإضافـة إلى ضغط مسـتمر من الهـواء خلف نقطة الإعاقة، وقد يصاحب هذه الإعاقات توترا وارتعـاشا في العضلات عند نقطة الإعاقة. وقد تطول مدة الإعاقة أو تقصر تبـعا لشدة الاضطراب وبالتالى يتناقص أو يتزايد التوتر العضلى. (Starkeweather ، ١٩٨٣ : ٣٥٦).

ويلاحظ حدوث تلك الإعاقات بصورة متكررة فى بداية نطق الكلمة أو العبارة، وهى فى هذا تشترك مع بقية خصائص اللجلجة، حيث إنه غالبا ماتحدث التكرارات أو الإطالات فى بداية النطق.

ولقد جذبت هذه الظاهرة الاهتمام بتنفس المصابين باللجلجة وعكفوا على دراسة أعراض التنفس لديهم، ولقد لوحظ أن عملية التنفس لدى المتلجلجين تتم بطريقة مختلفة، حيث تؤثر مجموعة من الأشكال التكوينية للتنفس الصدرى فى إعاقة تدفق الحديث لديهم. (Beech and Fransella، ١٩٦٨ : ٨).

كما افترض أن الإعاقات الكلامية تحدث خاصة فى الكلمات المشددة Stress Words، ويبدو أن هذا الافتراض مقبول، حيث إن الكلمات المشددة تتطلب جهدا أكبر بالمقارنة بالكلمات غير المشددة، ومن المعروف أن اللجلجة تحدث بصفة خاصة فى الكلمات التى يتم التركيز عليها من قبل المتكلم والتى يكررها بشكل واضح.

ويبدو أن السبب فى أن الفرد يتلجلج أكثر فى الكلمات المشددة يرجع إلى أن هذه الكلمات تكون أكثر وضوحا فى النطق بالمقارنة بالأخرى غير المشددة. (Klouda and Cooper، ١٩٨٨ : ٤).

ويوضح فرانسيس فريما Freema (١٩٨٢ : ٦٧٩) أن حوالى ٩٠ ٪ من الإعاقات الكلامية تتعلق بالصوت الأول initial sound من الكلمة وعندما تحدث إعاقة داخل كلمة متعددة المقاطع polysyllabic word فإنها عادة ترتبط بالصوت الأول من المقطع المبتور المضغوط Stressed syllable.

المظاهر الثانوية للجلجة : Secondary features

يصف ميريل مورلى Morley (١٩٧٢ : ٤٣٢) من خلال ممارسته لعلاج مرضى اللجلجة بعض المظاهر التى تبدو على المتلجلج أثناء الكلام، منها رفع الأكتاف وتحريك الذراع، واحمرار الوجه والعنق، ثم يتبع هذا إطلاق عدة كلمات.

وأحيانا تكون محاولات الكلام مرتبطة بفم مفتوح على آخره وبروز سريع وارتداد للسان مرتبط بانقباض فى التنفس respiratory spasm والذى يسبب اختناقا، ويكاد التوتر يبدو على الجسم كله مع حركات أمامية وخلفية تشبه الرقص.

وأحيانا أخرى يكون الانقباض يتألف من إعاقة كاملة لإخراج الصوت مع ظهور صوت حنجرى طويل أثناء التنفس، ثم يتبع ذلك نطق عدة كلمات عند الزفير.

وهذه المظاهر الشاذة للنشاط الحركى تعتبر مصدر متاعب للمتلجلج مثل مشكلة الكلام ذاتهـا، حيث إن تلك المظاهر - كـمـا رأينا - ترتبط بعضـلات الوجه والبـدن، وأوصال الفرد فى حركة مبالغ فـيها، وعندما يحدث هذا الاضطراب الحركى يكون عادة مرتبطا بلحظات صـعوبة الكلام، وكلٌ من المعالج والمريض يميـلان لاعتباره شيـئا ثانويا يبرز من محاولات نشيطة للتغلب على عدم الطلاقة.

ولكن عندما يتضح أن هذا النشـاط الحركى غير ناجح فى ضمان عـدم التحرر من الإعاقة لكنه يصبح مرتبطا حتميا بالتحرر عن طريق الاعتماد على وضعه المؤقت فى التتابع للتحرر من الإعاقة، ولذلك يصبح جزءا دائما فى عقدة اللجلجة.

وفى مرحلة مايظـهر بوضوح أن المتلجلج فقد تحكمـه الإرادى على هذا النشاط الحركى والذي تم تصميمه وتهيئته ليساعده فى التغلب على مشكلته. (Beech& Fran-sella، ١٩٦٨ : ٩).

ومن المظاهر الثانويـة التى تبدو على المتلجلج أثناء الكلام، مـايقول عنه إدوارد كونتر Conture (١٩٨٢ : ١٦٥) بدرجة اتصـال عين المتلجلج بعين المستـمع، حيث يعتبـرها مؤشرا لتحـديد مدى إدراك الطفل الذاتى لاضطرابه الكلامى. ويستطـرد كونتر موضحا أن الطفل الذى يتحـاشى النظر فى عين المستمع لمدة تصل إلى ٥٠ ٪ أو أكثر من وقت المحادثة هو طفل أصبح لديه وعى كامل بإعاقتـه اللفظية، وبأن كلامه مختلف عن كلام الآخرين.

هذا بالإضافة إلى أن تلك المظاهر تبدو على المتلجلج من حركات بدنية أو التى تظهر على وجهه هى بمثـابة رد فعل للإعاقات الكلامية وهى تعطى انطبـاعا بمدى الجهد الذى يبذله المتلجلج أثناء الكلام. هذا بالإضافة إلى استخدام المتلجلج لبعض المترادفات أو الإسهاب بغرض تجنب بعض كلمات يخشاها ويتوقع اللجلجة فيها.

تفسير اللجلجة:

إن أكثر الأسئلة تكرارا هو (ماذا يسبب اللجلجة ؟)، ومعظم الأفراد يعتقدون أن هذا سؤال سهل ومباشر؛ لأنهم يعتقدون أنه توجد علاقة مباشرة وسهلة بين المسبب والنتيجة، ولكن بالنسبة للجلجة فإنه من المفيد أن نفكر فيما يتعلق بالأسباب الضرورية والفعالة ومستويات السببية، فمثلا الضغوط البيئية الاتصالية قد تكون ضرورية فى تنمية اللجلجة، ولكن هذا وحده لايعتبر كافيا، وقد يتضح أن بعض المشاكل الفسيولوجية أو المرضية تؤثر فى التحكم اللغوى الحركى على أنها ظرف ضرورى أو مسبب للجلجة، ولكن أيضا تلك الحالة قد لاتكون كافية لنمو اللجلجة؛ وذلك لأنه لايوجد سبب واحد ولكنه يوجد عدة أسباب، أى لايوجد سبب واحد كاف ولكن عدة عوامل مشتركة.(Freema ، ١٩٨٢ : ٦٧٦ - ٦٧٨).

كما تعتقد باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩ : ٩٥.) أن اللجلجة تعتبر ظاهرة مرضية غاية في التعقيد، حيث إن لها العديد من الأسباب فى علم الأمراض حيث تتضمن عوامل تكوينية وكيميائية، وعصبية، ونفسية، وبيئية اجتماعية وسوف تحاول المؤلفة إلقاء الضوء على النظريات التى تطرقت لدراسة ظاهرة اللجلجة فى محاولة لمعرفة جوانب هذه الظاهرة والأسباب المؤدية إليها.

أولا: تفسير اللجلجة تبعا للعوامل الوراثية:

وإذا تطرقنا إلى الأبحاث الخاصة باضطرابات الكلام والتى ترجع حدوث ظاهرة اللجلجة إلى عوامل وراثية. نجد أنه كان يعتقد أن هناك علاقة بين تلك الظاهرة والجينات الوراثية، أى أنها توجد بين أكثر من جيل فى الأسرة الواحدة، ولكن حديثا أظهرت الدراسات عدم وجود أدلة فى قوانين مندل الوراثية Mendelian Inheritance تؤكد هذه العلاقة، كما أنهم لم يجدوا جينا معينا مسئولا بالذات عن اضطراب اللجلجة.

فى الدراسات التى أجريت حديثا بقسم الجينات الإنسانية فى جامعة ييل Yale University الطبية، لدراسة أثر الجينات الوراثية فى اللجلجة. ولقد أسفرت النتائج عن عدم وجود ارتباط بين اضطراب اللجلجة والجينات المتنحية Autosomal أو الجينات السائدة Dominant أو لها علاقة بجينات الجنس Sex - Linked ‏· (Shirley and Sparks، ١٩٨٤ : ٨٥).

ويستطرد مايكل إسبير ورروز جليفورد Espire and Gliford (١٩٨٣ : ٩٤) ليوضحا لنا أن حدوث اللجلجة تبعا للأثر الوراثى بالرغم من أنه يتراوح مابين٣٦ ٪ إلى ٦٥ ٪، خاصة الأقارب من الدرجة الأولى (مثل الوالدين والأخوة) ومع ذلك فهما يعتقدان أن العامل الوراثى هنا لايكون بالضرورة قائم على العوامل الجينية؛ لأن هناك عاملا أهم وهو العوامل البيئية المتمثلة فى عنصر التقليد؛ وذلك لأن الأطفال من الممكن أن يتعلموا اللجلجة عن طريق التقليد الذى يكون ذا أثر قوى فى ظهور اللجلجة .

ومن الأشياء التى تدعو للدهشة أن ظاهرة اللجلجة أكثر شيوعا بين التوائم المتماثلة بالمقارنة بالتوائم غير المتماثلة، بغض النظر عن نوع الجنس (حيث من المعروف أن الذكور أكثر إصابة باللجلجة من الأناث) .

نظرية السيطرة المخية cerebral dominance

ومن العلماء الذين أرجعوا ظاهرة اللجلجة إلى أسباب فسيولوجية ترافيزTravis (١٩٥٦ : ٥١) الذى يعتبر رائدا فى هذا الاتجاه، حيث قدم نظريته القائمة على أساس أن اللجلجة ترجع إلى عجز فى السيطرة المخية، ولقد بنى نظريته على عدد من الحقائق منها :

- موجات المخ الثنائية لدى المتلجلج تتسم بالتساوى فى الشكل والسعة.
- أظهر رسم موجات المخ Electroencephalo Graphic (EEGS) أن هناك انسجاما في نشاط المخ (فى كلا النصفين) أثناء اللجلجة ويحدث عكس ذلك أثناء الكلام الطبيعى.
- زيادة كهربية فى طاقات المخ الكامنة Brain Potentials أثناء اللجلجة .

ويوضح ترافيز هذه الحقائق بقوله أن الفرد عندما يتلجلج فإن موجات المخ فى كلا النصفين تبدو متشابهة، وإذا تكلم بطريقة طبيعية (بدون لجلجة)، فالموجات تبدو مختلفة.

كما أن موجات المخ المتشابهة فى كلا النصفين تعتبر غير طبيعية، وهذا يعنى أن كلا من نصفى المخ ينشطان معا فى وقت واحد تقريبا، مع أن الكلام الطبيعى يتطلب نشاطا متزايدا من نصف معين عن النصف الآخر.

كما يوضح (روانا وليامز Wiliams ، ١٩٧٤ : ٤٢ : ٤٣) أن الجزء الخاص بالسيطرة على عملية الكلام بالمخ مرتبط بالجزء الذى يسيطر على حركات اليد؛ ولذلك

فهناك قاعدة طبية ترى أنه إذا أرغم الطفل على استخدام اليد التى لم يستخدمها من قبل تؤدى إلى اضطراب الجهاز العصبى الخاص بالكلام مما يساعد على ظهور اللجلجة.

ويتخذ أصحاب هذه النظرية من النتائج التالية تأييدا لوجهة نظرهم.

- انتشار ظاهرة اللجلجة - إلى حد كبير - بين الذين يستخدمون اليد اليسرى.
- شيوع ظاهرة اللجلجة بين التوائم المتماثلة الذين يستخدمون اليد اليسرى، مما أدى إلى اعتقاد أن هناك علاقة وراثية بين اللجلجة والتوائم المتماثلة واستخدام اليد اليسرى.

ثانيا: تفسير اللجلجة تبعا للعوامل البيوكيميائية:

النظرية البيوكيمائية : Biochemical

تعتبر نظرية روبرت ويست West (١٩٥٦ : ٤٤ - ٤٧) إحدى النظريات التى ترجع أصل اللجلجة إلى الأسباب العضوية، حيث يعتقد أن ظاهرة اللجلجة تظهر فى مرحلة الطفولة، بالإضافة إلى أنها أكثر انتشارا بين الذكور منها بين الإناث.

ولذلك يعتقد ويست West بوجود اضطرابات فى عملية الأيض (وهى عمليات الهدم والبناء الخاصة بالتركيب الكيميائي للدم)(*) لدى المتلجلجين؛ ولذلك فهو يعتبر اللجلجة نوعا من الاضطرابات التشنجية convulsive disorders الشبيهة بنوبات الصرع epilepsy لاشتراكهما فى عدة أمور منها :

- أنهما من الأمراض التشنجية.
- أنهما أكثر شيوعا بين الذكور منها بين الإناث.
- كلاهما يتأثر بالانفعالات الشديدة.
- أهمية العامل الوراثى والأسرى بالنسبة لكليهما.
- كلاهما انعكاس الخوف مما يؤدى إلى حدوث الاضطراب.

ومع هذا لم يستبعد ويست West احتمال قيام العوامل النفسية Psychological factors بدور ما فى حدوث هذا الاضطراب؛ لأنه يأخذ بوجهة النظر القائلة بأنه يمكن باستمرار توضيح المسببات النفسية للاضطرابات العضوية Organic disturbances.

(*) الأيض هى التفاعلات الكيميائية التى تتم داخل الخلايا الحية لإنتاج الطاقة اللازمة للنشاطات الحيوية.

ثالثا: تفسير اللجلجة تبعا للعوامل النيوفسيولوجية:

يقرر روانا وليامز Williams (١٩٧٤ : ٤١ - ٤٢) أن نسبة الإصابة باللجلجة بين الذكور أكبر من الإناث بالرغم من أنهم يبدأون تعلم الكلام تقريبا فى مرحلة عمرية واحدة. لكن عيوب النطق والكلام تعتبر أكثر شيوعا بين الذكور بالمقارنة بالإناث حيث تصل النسبة من (١ - ٣) إلى (١ - ٨).

وترجع ظاهرة انتشار اللجلجة بين الذكور بالذات إلى أن عملية تكوين الغمد النخاعى Myelinization تتم بشكل أفضل لدى البنات، هذا بالإضافة إلى أن تكوين الغمد النخاعى تتم فى السنة الثالثة أو الرابعة من العمر وعادة ماتظهر اللجلجة لدى الأطفال فى هذه المرحلة العمرية بالذات.

وعملية تكوين الغمد النخاعى هى عبارة عن تغطية المحاور العصبية بغطاء واق حيث لوحظ أن المحاور العصبية المغطاة تستطيع نقل النبضات بكفاءة وسرعة إلى مراكز الكلام بالمخ بالمقارنة بالمحاور التى لم يكتمل تغطيتها، وهذا يؤدى إلى تدفق إنتاج كلام يتميز باختلال الإيقاع والتكرار والتقطع. (Berry and Eisenson، ١٩٥٦ : ٢٦٥).

كما أوضحت نظرية عضوية أن للمتلجلجين نوع منحرف من الإدراك السمعى والذى بواسطته يسمعون كلامهم بتأخير جزء من الثانية، وهذا مبنى على الملاحظة التى ترى أن المتكلمين الطبيعيين يلجلجون غالبا عندما تتأخر التغذية المرتدة السمعية. (Bloodstein، ١٩٨٦ : ٥٧٣).

التغذية المرتدة السمعية Auditory Feedback تعمل على تسهيل وتنظيم دورة الكلام وإعادة الدورة لوحدات الكلام فى دائرة التغذية المرتدة السمعية، وأن تأخير التغذية المرتدة يعمل على تكرار وحدات الكلام كما تؤدى إلى اضطرابات الكلام بصورة عامة. (Yates، ١٩٧٠ : ١١٠).

وبناء على هذا يفترض شيرى وسايزر (١٩٨٥ : ٣٧٥) أن عملية إخراج الكلام تحتوى على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة التى يراقب بها المتكلم صوته ويراجعه وعندما تتأخر تلك التغذية المرتدة يحدث تكرار للصوت ويميل إلى الاستمرار لا إراديا.

رابعا: تفسير اللجلجة تبعا للعوامل النفسية:

نظرية الصراع : Conflict theory of stuttering

ينطلق المبدأ الأساسى الذي تقوم عليه هذه النظرية من توقع المتلجلج للصعوبات فى نطق الألفاظ والمجهودات التى يبذلها من أجل إخفاء نقص الطلاقة لديه، وتكون

هذه المجهودات ذاتها هى المثيرة أو الباعثة على حدوث اللجلجة، بمعنى أن القلق الذى يصاحب الاستعداد للكلام هو الذى يؤدى إلى حدوث اللجلجة.

ولقد اتخذ شيهان Sheehan (١٩٥٨ : ١٢٥، ١٢٦) من منحى صراع الإقدام - الإحجام المزدوج لميلر Millers Double approach-avoidance أساسا لتفسير نظريته فى تفسير اللجلجة فيقدم لنا افتراضين رئيسيين :

١ - إن اللجلجة تبدأ عندما يصل كل من الميل إلى أسلوب الكلام - موضوع الصراع - والميل إلى الإحجام عن الكلام إلى مستوى التوازن.

٢ - بظهور اللجلجة يقل الإحجام الدافعى للخوف Fear motivated avoid-ance ويتحرر المتلجلج من العائق الذي يؤثر على عملية الكلام.

وبذلك نجد أن شيهان يرى أن صراع الإقدام - الإحجام المزدوج Double ap-proach avoidance يمثل أساس مشكلة اللجلجة، حيث يتضمن كلا من موضوعى الكلام والصمت قيمة إيجابية وأخرى سلبية، بمعنى أن المتلجلج يجد نفسه بين اختيارين، أحلاهما مر، حيث يكون لدى المتلجلج الدافع إلى الكلام، لتحقيق التواصل اللفظى مع الآخرين، وفى الوقت نفسه لديه دافع الإحجام عن الكلام حيث يتوقع مقدما ما تسببه له عدم طلاقته من خجل وشعور بالذنب.

كما يرغب المتلجلج في أن يكون صامتا محاولا إخفاء نقص الطلاقة، وأيضا يرغب فى ألا يكون صامتا؛ لأن الصمت يؤدى إلى الشعور بالإحباط والذنب Frus-tration and guilt وبذلك يصبح المتلجلج ضحية للشعور بالعجز والخوف ويتولد القلق الذى يحول بينه وبين طلاقة لسانه.

وهناك خمس مستويات من الصراع الذى يؤثر على طلاقة الكلام وهى :

١ - الصراع المرتبط بمستوى الكلمة Word-level

هنا يكون صراع المتلجلج (كرغبة فى الكلام ورغبة فى الصمت) خاصة مع بعض الكلمات بالذات نتيجة ارتباطها ببعض صعوبات النطق التى سبق أن اكتسبها المتلجلج من خبراته السابقة.

٢ - الصراع المرتبط بالمحتوى الانفعالى Emotional content

يرتبط الصراع بمضمون أو محتوى الكلام لما يتسبب عنه أحيانا من ضغط نفسى يؤثر على المستوى الانفعالى للمتلجلج.

٣ - الصراع المرتبط بمستوى العلاقة Relationship level

يلاحظ أن الصراع هنا مرتبط بنوعية علاقة المتلجلج بالمستمع، حيث يزداد دافع الإحجام عن الكلام لدى بعض الأفراد دون غيرهم.

٤ - **الصراع المرتبط بالمواقف التى تحمل تهديدا لحماية الأنا ego-protective**، ففى مثل هذه المواقف التى يتم فيها تقدير المتلجلج إما بالنجاح أو الفشل، نلاحظ أن الضغط النفسى وما يتبعه من قلق وخوف يزداد ويتولد الصراع الذى يحول بين المتلجلج وطلاقة اللسان.

خامسا: تفسير اللجلجة تبعا للعوامل البيئية الاجتماعية:

من الملاحظ أن كثيرا من المهتمين بدراسة اللجلجة أرجعوا هذه الظاهرة إلى عوامل بيئية.

فيعتقد إدوارد كونتر Conture (١٩٨٢ : ١٦٣ : ١٦٤) أن البيئة التى ينشأ فيها الأطفال خاصة المحيط الداخلى والخارجى للأسرة ومايتعرض له الطفل من ضغوط تؤثر على قدراته اللغوية. ويستطرد كونتر موضحا أن بيئة الطفل الاجتماعية والمنزلية خاصة الوالدين لايسببون اللجلجة بأنفسهم ولكنهم يساهمون فى الحفاظ عليها وتطورها من مراحلها الأولية إلى مرحلة اللجلجة الحقيقية.

فقد يجد الطفل بعض الصعوبات الكلامية فى بداية تعلمه للكلام بين الثانية والرابعة من العمر، وهى الفترة التى يلاقى فيها الطفل عادة بعض المتاعب فى السيطرة على مهارات الكلام، هنا نجد الوالدين غالبا مايبدون تصريحات ضمنية أو صريحة وبذلك ينقلون الى أطفالهم تسامحهم أو عدم تسامحهم تجاه بعض الانحرافات الكلامية فى إنتاج الكلام، مثل التعبير اللفظى غير الدقيق، أو أبنية لغوية دون المستوى، أو درجة النطق، أو الترددات فى الكلام، أو أفكارا غامضة وغير ملائمة.

ويعتقد كونتر أن القضية ليست الأمور المحددة التى يتناولها الوالدين بالنقد بشكل صريح أو ضمنى، ولكن الحقيقة أنهم وبطريقة روتينية يصححون، أو يعاقبون، ويظهرون استياءهم وعدم تسامحهم إلى آخره من الأفعال التى تؤثر على قدرات الطفل الكلامية وعلى نظرته إلى نفسه.

كما يعتقد بيرى وايزينسون Berry and Eisenson (١٩٥٦) أن تلك الصعوبات التى تقابل الطفل فى مراحله المبكرة من النمو عندما يحاول الطفل التعبير عن مشاعره وأفكاره لفظيا، وقد يواجه الطفل بمنافسة كبيرة من قبل الكبار الذين يفوقون الطفل ليس فى قدراتهم فقط بل وفى سلطاتهم أيضا، وبرغم هذا التأثير السلبى فإن

معظم الأطفـال يستطيـعون تخطى هذه المرحلة دون أن يصـيب كلامـهم ضررا، أو ربما القليل من الضرر، ولكن نجد أن قـلة منهم لايستطيعون تحمل هذه الضـغوط والمتطلبات التى تقع على عاتقهم، ومن ثم فمن المحتمل أن يكونوا مـن بين أولئك الذين يصبحون متلجلجين، وقد يتميز هؤلاء الأطفال عن أولئك الذين لايصبحون متلجلجين فى النقاط التالية :

- عدم القدرة على تحمل الإحباط tolerance frustration
- قد تكون بيئة الطفل من البيئات التى تعمل دائما على مقاطعة كلامه.
- قـد يكون لديهم استـعداد بنيـوى constitutional predisposition لعدم الطلاقة أو اللجلجة.
- قد يكون آباء هؤلاء الأطفـال ممن يسيئون تقدير كـلام أطفالهم، أو يكون رد فعلهم تجاه عدم الطلاقة قلقا مبالغا فيه، أو عقابا، أو كليهما Penalty anx-iety.
- أو يكون هؤلاء الأطفال ممن يتولد لديهم صراع انفعالى داخلى Underlying emotional conflict بسبب عدم الطلاقة.
- أو ربما يكونون ضحية لعدد من العوامل السابقة. (Berry and Eisenson، ١٩٥٦ : ٢٧٤، ٢٧٥).

كما تعطى باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩ : ٩٥١ - ٩٥٣) أهمية كبيرة لنوعيـة المناخ الأسرى المحـيط بالطفل على تقدير أنه يسـهم بطريقة مـباشـرة فى ظهور اللجلجة لدى الأطفال، فتقرر أن البيئة التى ينشأ فيها المتلجلج تعتبر متشابهة في طبيعتها للبيـئة التى ينمو عليـها الأشكال العصـابية ولكنها تخـتلف فيمـا يتعلق بنوعيـة ودرجة خبرات الفرد واستجاباته نحو خلفية بيئة معينة.

وحيث إن الفرد يميل دائما إلى تحقيق الذات وتنمية البناء الفردى constructive individual growth، فبإعطاء الطفل الفرص لنمـو صحى، فإنه يمكنه من أن ينمو نموا طبيعيا، فـالأفضل أن تتضمن البيئة مشاعـر أصيلة من الحب والود والاحترام، حيث إن الطفل محتاج لأن يشعر أنه مرغوب ومحبوب ومطلوب ومحتاج لكى يشعر بالانتماء .

فإذا حدث نقص فى تلك المتـضمنات فإن حالة من عدم الاتزان الانفـعالى تتولد لدى الطفل، ويشعر الطفل بالضعف وعدم الأمان، وقد تكون تلك هى النقطة الأساسية التى تدور حولها مصاعبه مع زيادة الشعور بالإحباط frustrations ويتولد لديه الشعور بخيبة الأمل.

فالسـبب فى حرمان الطفل مما يكفيه من الحب والحنان قد يكمن فى عـدم قدرة الوالدين على توصيل كمية الحب والدفء اللازمة للطفل بسبب مشاكلهم الخاصة، وقد يتمثل هذا فى شكل الإهمال والنبذ لطفل غير مرغـوب فيه أو التعبير عن ذلك علانية، ففى حالة الطفل المصاب باللجلجة نجد أن مثل هذه العوامل البيئية تبدأ فى سن مبكرة - عادة بين (٣-٤) سنوات فتؤدى إلى ضعف الأنا لدى الطفل، وتولد لديه القلق والشعور بالعجز والعداء، ونتيجة لشعور الطفل بكونه مهددا فإنه سيكون عاجزا عن تنظيم قواه الداخلية بشكل مناسب ليعيد نظام شخصيته المضطربة، كما أن أنشطتهم العقلية والبدنية تعتبر مضطربة بشكل مستمر بسبب عدم تحكمهم فى ردود الأفعال، ويظهر هذا الاضطراب فى شكل تردد وعدم اتساق ليس فقط فى الكلام ولكن فى أشكال أخرى عديدة من النشاط النفسى - الحركى.

ولقد ذكر فان ريبر(١٩٧٢) عن الضغوط الشائعة التى يعتبرها من العوامل الهامة المسببة للتمزق اللفظى fluency distruption مثل :

- عدم القدرة على تذكر الكلمات المناسبة appropriate words مثل أن يقول (ماما هناك طائر بالخارج أنه. . . . آه. . . أنه. . . . آنه. . . . آنه يمسح ذيله فى التراب .... he... he ... he ... he ... he.... he Wash
- عدم القدرة على النطق أو الشك في القدرة على الصياغة ability of artic-ulation حيث يتعثر النطق عندما تكون الأصوات والكلمات غير مألوفة.
- الخوف من العواقب السيئة للموقف الاتصالى مثل رفض الطلب، الصدمة، توقيع عقاب اجتماعى، الاعتراف، الخوف من التعرض للوم الاجتماعى.
- عندما يكون الموقف غير سار مثل التألم من جرح، الشعور بالظلم، توقيع عقوبة، حيث تؤدى إلى تردد فى الكلام مثل أنا. . . ق. . . قط. . . . قطعت أصبعى. . . . أنه جر. . . جر. . . . جرح غائر.
- شعور المتلجلج بأن هناك تهديدا بالمقاطعة من جانب المستمع، إذ يعتبر من أهم العوامل التى تؤدى إلى اللجلجة، كما يؤدى إلى الشعور بالإحباط.
- شعور المتلجلج بفقدان انتباه المستمع.

إذا تحول انتباه المستمع إلى شىء آخر، فيقع المتلجلج فى صراع، هل أكمل حديثى أو لا ؟. . وإذا فعلت فهو لايسمعنى. . أو أنه حتى نسى ماكنت أتكلم بشأنه. . . وإذا لم أفعل. . . ربما أبدا. . . ممكن ؟ (Hood، ١٩٧٨ : ٥٣٩، ٥٤٠).

كما أكد ميريل مورلى Morley (١٩٧٢ : ٤٤٤، ٤٤٥) على أهمية الأسباب البيئية كعامل مؤثر وهام فى حدوث اللجلجة، حيث وجد أن المناخ المنزلى غير السعيد

وغيـر الآمن يساهم بل ويؤثر على طلاقـة التعبـير لدى الأطفال، أو عنـدما يطلب من الطفل استخدام اليد اليمنى بدلا من اليسـرى فقد يؤدى إلى الشعور بالإحراج، ويصبح الطفل ضحية للإحساس بالعجز والخوف المستـمر من العقاب بسبب الفشل فى استخدام اليد المطلوبة مما يجعله عرضة للإصابة باللجلجة.

ولقد ذكر مـيرلى مورلى Morley بعض العوامل البـيئيـة والشخصـية التى من الممكن أن تؤدى للجلجة مثل :

١ - الصدمة المفاجئة Sudden shock

فلقـد وجد من خـلال سجلات بـعض المتلجلجين أن هناك ارتباطا بـين حدوث صدمـة شديدة أو خـبرة مخـيفة فى مـرحلة الطفولة وبين ظاهرة اللجـلجة لدى هؤلاء الأطفال.

٢ - الوعى بالكلام Speech conciousness

قد يثير الوعى الذاتى self conciousness للطفل المتعلق بالكلام بداية اللجلجة مثل أن يطلب من الطفل أن يروى قصة فى وجود أفـراد غرباء أو أثناء احتفال مدرسى، وقد يحدث تعليق على طريقة الطفل سواء بالمدح أو السخرية، ومع أن البعض يستجيب برضا لكن البعض الآخر قد يصبـحون مدركين لذواتهم بإفراط، ويؤدى ذلك إلى إعاقة كلامهم.

٣ - تصحيح العيوب التعبيرية correction of defective articulation

وهى محـاولات من قبل الوالدين أو المحـيطين بالطفل لتصـحيح عـيوب الطفل الكلامية أثناء عملية نمو الكلام، وقـد تؤدى تلك المحاولات إلى شعور الطفل بالإحباط والخوف الدائم من الفشل فى الكلام.

٤ - التقليد Imitation

إن الطفل الصغير نادرا مايدرك عدم الطلاقة اللفظية، ولذا فقد يقوم بتقليد لجلجة طفل آخر، وقد تحدث لجلجة الطفل نتيجة تقليد لاشعورى لكلام الأب أو طفل آخر فى الأسرة يتسم باللجلجة خاصة عندما يوجد استعداد وراثى لذلك.

ولهذا يرى مورلى Morley (١٩٧٢ : ٤٤٤ - ٤٤٥) أن تلك العوامل الســابقة قد تسـاهم في نمو تدريجى للجلجـة، ويروى مورلي قـصة أحد المرضى البـالغين الذى يتكلم عن بداية لجلجته كالتالى فيقول المريض :

قبل دخولى المدرسة لم أصب بأى إعاقة كلامية، فقد كنت قادرا على الكلام دون أى صعوبة، وكنت أدهش الجميع حينما أقرأ كتابا كاملا من الأغانى المدرسية، وكان كلامى سليما مثل أى طفل آخر، وذات يوم حضر المدرس لأخذ الحضور والغياب بالفصل، وبدأ ينادى على اسمى كنت عاجزا عن الإجابة للأسف ذاكرتى ليست قوية لأتذكر كيف كان رد فعلى فيما بعد، لكن المدرسة اكتشفت أنى موجود فأحرجتنى فى مواجهة الفصل، وسألتنى عن سبب عدم إجابتى على اسمى، فشعرت بالحرج، ولم أستطع الرد، ومن يومها بدأت أتلجلج.

وهنا نجد أنه حدث ضغط نفسى شديد أدى إلى اللجلجة، مثل مايحدث للجنود أثناء فترات الحروب نتيجة للضغوط النفسية الشديدة، حيث كان يؤدى إلى حدوث انهيار فى الطلاقة اللفظية.

النظرية التشخيصية فى اللجلجة: جونسون

Diagnosognic Theory of stuttering " Johnson "

نظرية جونسون التشخيصية من أهم النظريات التى اهتمت بالعوامل الاجتماعية وجعلتها على جانب كبير من الأهمية، على افتراض أن اللجلجة ظاهرة تشخيصية، ويقدم وندل جونسون Johnson (١٩٥٦ : ٦٢) نظريته على افتراض أن اللجلجة تبدأ عند التشخيص من قبل المحيطين بالطفل، حيث يفترض أن معظم الأطفال عادة مايعانون فى بداية تعلمهم للكلام من أنماط الكلام غير العادية، ولكن هناك بعض العوامل التى تساعد أو تؤدى إلى تطور هذه الأنماط ولتصبح لجلجة حقيقية.

ولقد حاول جونسون Johnson التأكد من صحة نظريته، فأجرى بعض الدراسات على بعض الأطفال المتلجلجين وسؤال أولياء أمورهم عن المظاهر المبكرة لصعوبات الكلام لدى أطفالهم، ولقد توصل إلى أن هؤلاء الأطفال الذين يعانون من عدم الطلاقة هم أطفال عاديون بشكل عام، وأن ماشخصه الوالدن على أنه لجلجة حقيقية لم تكن إلا اضطرابات عادية، ولكن قلق الوالدين على كلام الطفل بشكل مبالغ فيه وحرصهم على تصحيح أخطاء الكلام لفت انتباه الطفل إلى أن كلامه غير طبيعى، وبالتالى تولد لدى الطفل القلق والخوف من مواقف الكلام، بل ويحجم عنها تحسبا وتوقعا للفشل، هنا تصبح لجلجة الطفل لجلجة حقيقية.

ومن هذا المنطلق بنى جونسون نظريته، حيث تضمنت ثلاثة افتراضات :

الأول : اعتبار الطفل متلجلجا من قبل أحد الوالدين أو المحيطين بالطفل.

الثاني : تشخيص الـوالدين لكلام الطفل على أنها لجلجة بينمـا، هى صعوبات كلامية تصيب معظم الأطفال.

الثالث : ظهور ونمو اللجلجة الحقيقية True stuttering بعد التشخيص.

ويؤكد جونسـون على هذا بقوله: إن الوالدين أو المحيطين بالطفل عـامة عليهم أن يتعلموا أن يستـمعوا لأطفالهم دون إبداء رد فعل مبالغ حـتى لو كان كلام الطفل لجلجة أولية (عـادية)، فيجب أن يتـحلى الوالدان بالصبر، وأن يتـقبلوا طريقة كـلامه، وألا يقاطعا الطفل أو يأمراه بأن يبطئ أو يسرع فـى كلامه، وإنما يجب إعطاء الفرصة للطفل لأن يتكلم بأى أسلوب يكون قادرا عليـه حتى لايشعر الطفل بقلق المحـيطين حوله على طريقـة كلامـه؛ لأن هذا من شأنه جـلب الخوف والقلق للطفـل، وبالتالي تصـبح هذه الإعاقات الكلامية محتومة.

تعقيـب

وكما يقول فرانسيس فريما Freema (١٩٨٢، ٦٧٥) فإن وجود عدد كـبير من النظريات المتنوعـة التى تشرح السلوك نفســه قد يسـبب اضطرابا، ولكنها تعـتبـر قابلة للفهم، واللجلجة باعتبارها ظاهرة متعـددة الوجوه فإن الرجال الذين كتبوا عن اللجلجة لايختلفـون عن الرجال المكفوفين الذين ذهبـوا لرؤية الفيل، ففـى تلك الحكاية الرمزية الشهيرة فإن كل رجل قد عثر على جزء مختلف من جسم الحيوان العظيم، فلقد أمسك أحدهم بالذيل واقتنع أن الفيل يشبه الحبل، وآخر أمسك بالجذع واعتقد أنه مثل الثعبان، ولقد لف ثالث ذراعيـه حول الساق واعتقـد أن الفيل يشبه الشجـرة، بينما الذى أمسك بأحد أذنيه فقـد أدرك أن الفيل يشبه المروحة الجلدية، ولقد تضـمن كل تقرير أجزاء من الحقـيقة، وكلهم كـانوا على صواب، ولكن كلهم أيضـا كانوا على خطأ، فـإن الرجال الذين كانوا يبحثون عن اللجلجة (والذين مازالوا يبحثون) لم يكونوا مكفوفين، ولكن كل واحـد منهم في مجـاله، فـقلد تأثروا بدرجـات متـفاوتة من الملاحـظة الثقـافيـة، التاريخية، والتربوية.

وترى المؤلفـة أنه بالرغم من الاخـتـلاف الظاهر بين النظريات التى تحـدثت عن ظاهرة اللجلجـة (عدا النـظريات التى فسـرت اللجلجـة على أساس جـسمى) فلقـد لاحظت الباحثة أن هناك عـاملا مشتركا بين الكثيـر من تلك النظريات، ألا وهو اعتبار عامل القـلق والخوف كمسـبب هام وحـقيقى وراء حـدوث اللجلجة، أو البـاعث على حدوث اللجلجة، أى أن الـقلق الذى يصاحب عملية الاستـعداد للكلام هو المؤدى إلى

حدوث اللجلجة، ولهذا يؤكد شيهان Sheehan أن المصاب باللجلجة يعيش فترة صراع عنيفة، فهو يريد أن يتكلم ليحقق التواصل مع الآخرين، وفى الوقت نفسه يحجم عن الكلام مخافة أن يظهر عيبه الكلامى أمام الآخرين، وفي هذا تعبير عن حالة القلق والتوتر التى تعتمل داخل كيان المصاب، وتؤدى في النهاية إلى حدوث اللجلجة.

وإذا ألقينا نظرة سريعة على كتابات الذين اهتموا بالعوامل البيئية الاجتماعية كمسببات لحدوث اللجلجة، فسوف نجد بعض العلماء يعطون أهمية كبيرة للمناخ الأسرى الذي يعيش فيه الطفل.

وتشير باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩) إلى أن بيئة المتلجلج تشبه إلى حد كبير بيئة الأطفال ذوى الاضطرابات العصابية، فالبيئة التى لاتعطى للطفل ما يحتاج إليه من مشاعر الحب والاحترام تشعره بالضعف وعدم الأمان، فيتولد لدى الطفل الشعور بالقلق والإحباط، مما يؤدى إلى ضعف الأنا، وبالتالى يصبح عاجزا عن تنظيم قواه الداخلية، ويبدو الاضطراب وعدم الاتساق ليس فى طريقة الكلام فحسب وإنما فى شخصيته ككل.

ويذكر فان ريبر (١٩٧٢) أن تعرض الطفل لضغوط نفسية شديدة من الممكن أن تؤدى إلى اللجلجة، مثل توقيع عقوبة فى مواجهة الآخرين، أو السخرية من طريقة كلام الطفل، أو التصحيح المستمر لعيوبه الكلامية من قبل الوالدين، فتؤدى إلى الشعور بالقلق والخوف الدائم من الفشل فى الكلام.

كما يعتقد ميريل مورلى Morley (١٩٧٢) أن الضغوط النفسية التى يتلقاها الطفل عندما يطلب منه استخدام اليد اليمنى بدلا من اليسرى يؤدى إلى شعور الطفل بالإحراج، ويصبح الطفل ضحية الشعور بالعجز، حيث إن الخوف من حدوث اللجلجة يولد الكثير من الإعاقات تظهر فى المواقف الاتصالية معبرة عن حالة القلق والتوتر التى توجد داخل المصاب باللجلجة.

وفى النظرية التشخيصية نجد أن جونسون (١٩٥٥) يفسر اللجلجة بقوله : هى ما يفعله المتكلم عندما يتوقع أن تحدث اللجلجة فيخاف ويصبح متوترا توقعا لحدوثها ويحاول تجنبها، ومع محاولة التجنب يتوقف الكلام كليا أو جزئيا، ويفسر ذلك بأن الآباء الذين يظهرون قلقا لكلام أطفالهم عدم الطلاقة العادية - فقد تنعكس تلك المشاعر على الطفل ويصبح واعيا بقلق والديه بخصوص كلامه، ثم يبدأ الطفل نفسه فى المعاناة من القلق والخوف من مواقف الكلام.

وبالنسبة لنظرية التوقع التى قدمها ويسكنر Wischnner (١٩٥٠) الذى يرى أن تعزيز حـدوث اللجلجة بسبب الاقـتران الوثيق بتـخفيض القلق والتـوتر الذى يصاحب إطلاق الكلمة التى يخاف منهـا المتلجلج، ومن المفترض أن هذه الكلمة المسبـبة للخوف تثيـر حالة من التوقـع (القلق)، وأن حدوث اللجلجة فى الكـلمة يتعـزر بالإقلال من التوتر الذى يصـاحب إطلاق الكلمة، أى أن هذه اللحظة تعزر حـدوث اللجلجة، ومن ثم تؤدى إلى استمرار سلوك اللجلجة، وهنا نجد أيضا ارتفاع نسبة القلق والتوتر والخوف من توقع ظهور اللجلجة هو العامل الأساسى والهام فى ظهور اللجلجة.

وإذا انتقلنا إلى نظرية الصراع لشيهان Sheehan (١٩٥٨) نجد أن المبدأ الأساسى ينطلق من توقع المتلجلج للصعوبة التى ستـقابله إذا ما بدأ فى الحديث، وأن المجهودات التى يبذلها لإخفاء عيبه الكلامي تلك المجـهودات ذاتها هى المثيرة والباعثة على حدوث اللجلجة، أى أن القلق الذى يصـاحب عملية الاستعـداد للكلام هو المؤدى إلى حدوث اللجلجة؛ ولهذا يؤكد شيهان أن المتلجلج يعـيش فترة صراع رهيبة، فهو يريد أن يتكلم ليحقق التواصل مع الآخرين، وفى نفس الوقت يحجم عن الكلام مخافة أن يظهر عيبه الكلامى أمام الآخـرين وفى هذا تعبير عن حـالة القلق والتوتر التى تعتمـل داخل كيان الفرد وتؤدى في النهاية إلى حدوث اللجلجة.

الفصل الثالث

علاج اللجلجة

أولا: أساليب علاج اللجلجـــة

كثـرت وتعددت الأساليب التى اسـتخدمت فى عـلاج اللجلجة؛ نظرا لتـشابك العوامل المؤدية إلى تلك الظاهرة النفسية المركبة والمتداخلة المتغيرات، فكما سبق أن ذكرنا أن اللجلجة تعـد ظاهرة غاية في التعـقيد، حـيث إن لها العديد من الأسـباب فى علم الأمراض، فهى تتضمن عوامل تكوينية كيميائية عصبية نفسية وبيئية اجتماعية.

وسوف تحاول المؤلفة إلقاء الضوء على بعض الأساليب العلاجية على سبيل المثال لا الحصر.

١ - الكلام الإيقاعى : Rhythmic speech

تقـوم هذه الطريقـة بناء على ملاحظة أن درجـة اللجلجـة تنخـفض حين يتكلم المتلجلج بطريقة إيقاعية Rhythmic manner، ولذلك استخدمت آلة المترونوم Metro-nome التى تساعـد على نطق كل مقطع مع كل إيقـاع، حيث تستـخدم هذه الآلة في تجزئـة المقاطع وفـقا لزمن مـحدد على أن يتم إخـراج نطق المقاطع على فـترات زمنـية متساوية، فيقسم موضوع القـراءة إلى كلمات يسيرة تقرأ بتناسب مع توقيت آلة المترونوم ومن ثم يحدث تقدم تدريجى فى طريقة الكلام.

٢ - تظليل الكلام : Speech shadowing

استخدمت وسيلة التظليل كوسيلة عـلاجية لعلاج حالات اللجلجة وأثناء الجلسة العلاجية يقرأ المتلجلج بصوت مرتفع القطعـة نفسها التى يقرأها المعالج ومعه في الوقت نفسه بفارق جزء من الثانية وغالبـا مايتحسن المتلجلج، وتنخفض درجة اللجلجة بشكل ملحوظ أثناء الجلسات العلاجية، وقـد استخدم شيرى سايرز Cherry & Sayers هذه الطريقة لـعلاج بعض الأفراد المتلجلجـين، وقد لاحظ أن هناك تحسنا طرأ عـلى طريقة الكلام.

٣ - تأخر التـغذية المرتدة السـمعـية : Delayed Auditory Feed back (D.A.F)

يقرر وفـاء البيه (١٩٩٤ : ١٦٣) أن أول من تناول مشكلة المراقـبة السمعـية هو «أوريا نتشيـتش» وهو مايعرف الأن باسم تأثير لى (١٩٥١) فى تأخيـر التغذية المرتدة السمعية.

ويوضح وفاء البيه أن تأخير التغذية المرتدة السمعية والتى من خلالها يستمع الفرد إلى كلامه فى علاقة زمنية غير طبيعية، عندما يتكلم الفرد ويستمع إلى صدى مستمر لكل ما قاله توا، وبالتالى تحدث تغييرات مؤثرة فى طبقة الصوت ويضطرب الإيقاع الطبيعى للكلام لدى المتكلم العادى، ويحدث العكس تماما لمن يعانى اضطرابا وظيفيا فى الكلام مثل المتلجلجين.

ولقد استخدمت تلك الوسيلة من قبل المهتمين بدراسة وعلاج اللجلجة كوسيلة لخفض درجة اللجلجة.

٤ – الضوضاء المقنعة : Masking Noise

استخدام هذه الوسيلة كعلاج، مبنى على أساس أن اللجلجة تنخفض بشكل كبير عندما لايستطيع المتلجلج سماع صوته أثناء الكلام، وظهر استخدام هذه الوسيلة فى الستينيات، ولكن لم تؤكد أى منافع دائمة فى العلاج، حيث إن المتلجلج استخدم هذه الوحدة السمعية المقنعة داخل غرفة العلاج فقط.

وهى عبارة عن أداة تم تصميمها بشكل خاص لكى تنتج صخب أبيض(*) White noise من كثافات مختلفة من (٧٠ db) إلى (١١٠ db) (**) خلال أجهزة السمع.

ويضيف بهرث راج Raj (١٩٧٦ : ١٦٢) بالرغم من أن هذه الطريقة تعمل على إلغاء اللجلجة تماما، حيث نجد أن المتلجلج تصبح لديه القدرة على الكلام بدون إعاقات على الإطلاق، بالرغم من هذا فإنها تؤدى في كثير من الأحيان إلى فقدان حاسة السمع.

إرشاد الآباء: Counselling the parents

يوصى أوليفر بلودشتين Bloodstein (١٩٨٦) باستخدام الإرشاد الوالدى كوسيلة علاجية تساعد فى تخفيض عدد المصابين باللجلجة، ويتفق معه بهرث راج Raj (١٩٧٦) حيث يرى أن كلام الأطفال يتميز فى بداية تعلمهم الكلام بالتقطع Mild interruptions أثناء الحديث مثل التكرارات والترددات hesitations، وهنا لايحتاج الطفل إلى علاج بمعناه الكبير، ولكن مايحتاجه هو توجيه سليم وفعال بواسطة والديه، ولهذا يعرف هذا الطفل بأنه طفل طبيعى، ولكنه لايتمتع بالطلاقة في الكلام كما يجب، أما أثناء علاج اللجلجة المبدئية فينبغى أن يركز العلاج على إعطاء معلومات كافية للآباء

(*) صخب أبيض : عبارة عن خليط من الموجات التى تتسع لتغطى مجالا واسع التردد.

(**) Decibe (dB) = وحدة لقياس شدة الصوت.

وخاصة الأم عن طبيعة وظروف مرض اللجلجة ومايجب أن تقوم به حيالها، كما ينصح الآباء بأن يشجعوا الطفل عندما يتكلم بشكل طبيعى، ويتجاهلوا مظاهر قصوره اللفظى، كمـا يجب أن يعملوا على عدم جـذب انتباه الطفل لطريقـة كلامه وذلك باتبـاع النقاط التالية :

١ - تشجيع كلام الطفل وتجاهل مظاهر قصوره اللفظى.

٢ - عدم جذب انتباه الطفل لطريقة كلامه.

٣ - عدم وصف الطفل بأنه متلجلج.

٤ - لاينبغى مقارنته بأى طفل آخر.

إعادة التدريب على العادات الكلامية السليمة : Speech habit retraining

يترك الطفل المتلجلج يقرأ من كتاب مناسب لمستواه التعليمى، على أن تتم طريقة القراءة ببطء شديد وبأسلوب هادئ مـريح، وعندما تحدث الإعاقة الكلامـية يتوقف عن القراءة، ويسترخى، ويبدأ فى القراءة ثانية بأسلوب مريح، وقد يكون من المفيد أن تقدم ضوءا أحـمر كمؤشـر عندما تحدث الإعاقـة، حيث تعتـبر كإشارة للتـوقف عن القراءة والاسترخـاء ثم معاودة القراءة، وقـد يعطى هذا العلاج نتائج جيـدة بعد حوالى (٢٠) جلسة عندما تكون درجة لجلجة الفرد متوسطة، وعندمـا تتحقق طلاقة كافية يتم توجيه الفرد لأن يسرع تدريجيا في كلامه إلى الحد الطبيعى.

الإطـالة : Prolongation

يجعل الفـرد المتلجلج فى حالة استـرخاء بدنى وعقلى، ثم يبدأ فى قـراءة قطعة بدرجة بطيـئة جدا مع الإطالة فى كل مـقطع يقرأه مثل «بندقـية» فإنهـا تتم على النحو التالى : بـ. . . . . . ند. . . . . قية.

وينبغى أن يستمـر تطويل المقاطع حتى تنتهى الجملة بدون توقفات خـلالها، كما يجب أن يمارس التطـويل حـتى أثناء المحـادثات مع الآخـرين، ويرى بهـرث راج Raj (١٩٧٦) أن المصابين باللجلجـة الشديدة يستجيـبون لتلك الطريقة، وقد أسـفرت نتائج تحليل الحـالات الخاضـعة للعـلاج عن وجـود نتائج جـيدة، وأظهـرت الحالات تحـسنا ملحوظا، كـما وجد أن هذا الأسلوب حقق نتـائج طيبة جدا بالمقـارنة بطريقة التظليل، وأنه يفـيد بالذات مع المصـابين باللجلجة الـشديدة حـيث حقق أسلوب التطويل نتـائج عظيمة مع المتلجلجين من الدرجـة الشديدة، بينما يعتبر العـلاج عن طريق التظليل أكثر فعالية مع المصابين من الدرجة العادية أو المتوسطة.

٦ - التحصين التدريجى : Systematic Desensitization

نجد أن بعض الأفـراد المتلجلجين يحققـون طلاقـة لفظية أثناء جلسـات العلاج، لكنهم يجدون صـعوبة فى الكلام فى مواقف الكلام خـارج العيادة فى مجـالات الحياة المختلفة، وهذه الطريقة من العلاج تتم عن طريق إعداد قائمة شاملة لمواقف الكلام التى تثيـر قلق الفرد المتلجلج على أن يتم الإعداد بـالترتيب فتبـدأ بأقل المواقف إثارة للقلق، وتنتهى بأكثر المواقف إثارة للقلق، ثم يطـلب من المتلجلج أن يتخيل تلك المواقف واحدا بعد الآخر بالترتيب الخـاص، وأن يتكلم بصوت عال فى موضوع يهمـه ويجب التأكيد على أهمية الاسترخاء للمتلجلج فى كل المراحل.

وبهذه الطريقـة يتم سلب الحساسية المتـعلقة بمثير اللجلجـة فى كل موقف، ومع انخفاض حدة القلق تزداد طلاقة الفرد، ويضيف بهرث راج (١٩٧٦) أن هذه الطريقة قد حققت نتائج جيدة جدا فى علاج حالات اللجلجة. (Raj، ١٩٧٦ : ١٥٩ - ١٦٢).

ثانيا: برامـج علاج اللجلجة

تؤكد باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩ : ٩٥٩) أنه باعتبار أن ظاهرة اللجلجة مشكلـة معقـدة، فإن أى مـحاولة للعـلاج ينبغى أن تضع فى اعـتبارها الجـانب الطبى والجوانب الاجتـماعية، والنفسـية، والتدريبات الكلاميـة، فإنه لاينبغى اعتـبار اللجلجة اضطرابا منفصلا عن آلية الكلام ولكن كتعبير خارجى خاص بشخصية مضطربة، لذلك ينبغى لأى علاج فعال أن يوجه نحو مساعدة الفرد لأن يفهم مشكلاته النفسية وأن يصل إلى حل لهذه الصراعات الداخلية.

كما تعتـقد لينا روستين وآرمن كور Rustin and Kuhr (١٩٨٣ : ٩٢) أن الاتجاه لعلاج اللجلجة قد تغيره حـيث كان العلاج من قبل يركز على أعراض اللجلجة فقط، أمـا الآن أصبح الاتجاه نحو تحليل سلوك المتلـجلج بشكل أكثر تفصـيلا مما يعطى المعالج فهما أفضل لأكثر الحالات تعقيدا. وبذلك يصبح بالإمكان تصميم برنامجا متعدد الأبعاد لعلاج حالات اللجلجة، فعلى المعـالج أن يقيم كل حالة بدقة ويرى ما إذا كانت هنـاك مـشكـلات متـعلقـة بحيـاة المتلجلـج وفى نفس الوقت مـرتبطة باضطرابه الكلامى.

وبذلك نجد أن مـسئـولية العلاج هـى مساعـدة المتلجلج ليس فقط التـغلب على أعراض اللجلجة ولكن الأهم هو مـساعدة الفرد على أن يجد نفسـه كفرد، وأن يحول الطاقات الكـامنة بداخله إلى طاقات للعـمل المبدع، وعلاقـات إنسانيـة أفضل لتـحمل

مسئولية نفسه حتى يستطيع فى النهاية تحقيق ذاته كإنسان. وتقدم المؤلفة بعض البرامج العلاجية التى يمكن الاعتماد عليها فى علاج اللجلجة.

البرنامج الأول :

قدمته باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩ : ٩٥٩ - ٩٦١) لعلاج اللجلجة مكونا من مرحلتين وهما :

المرحلة الأولى :

لعلاج صغار المتلجلجين الذين تتراوح أعمارهم بين (٥-١٠) سنوات عندما يكون الطفل أقل قلقا بشأن قصوره اللفظى، ولم يتعرف بعد على تلك المشكلة هنا يكون العلاج عن طريق إعطاء إرشادات للوالدين خاصة لأسلوب معاملتهم للحالة، وعن طريقهم يتم تخفيف التأثيرات البيئية غير المرغوب فيها، هنا يصبح الاهتمام موجها تجاه الوالدين وكيفية معاملتهم، وذلك للعمل على إتاحة الفرصة لمناخ أسرى سليم، ولتخفيف التأثيرات غير المستحبة، وذلك بهدف مساعدة الطفل على تخفيف حدة صراعاته الداخلية حتى تحد من استمرار وتطور المشكلة إلى مرحلة (اللجلجة الحقيقية).

ويتخذ علاج الآباء شكل إرشادات توجه لهم بهدف تحسين علاقة الوالدين بالطفل عن طريق اتباع عدة نقاط منها :

١ - عدم إشعار الطفل بأنه شاذ أو مختلف عن الآخرين فى طريقة كلامه حتى لايكون حساسا نحو الطريقة التى يتحدث بها.

٢ - تحسين صحة الطفل بصورة عامة.

٣ - العمل على تحسين المناخ البيئى المحيط بالطفل، والتخفيف من حدة العوامل التى تعمل على إثارة التوتر والاضطراب للطفل.

٤ - تنمية الشعور بالثقة والمسئولية والحب المتبادل والاحترام لدى الطفل.

٥ - العمل على تنمية شعور الطفل بالاتساق مع نفسه.

٦ - تشجيع الطفل قدر الإمكان على الاندماج بحرية مع الأطفال الآخرين.

٧ - مساعدة الطفل على النمو نموا سليما، على التعرف على طاقاته الكامنة وقدراته الابتكارية.

٨ - تنمية الشعور بالحب والود المتبادل والانتماء بين أفراد العائلة.

وتضيف دومينيك Dominick أن تلك الأهداف تبدو شاملة جدا بحيث تبدو من الصعب تحقيقها، ولكن حتي التنفيذ الجزئى لتلك الأهداف ممكن أن يساعد الطفل المتلجلج فى كفاحه من أجل تحقيق الذات والتغلب على قصوره الكلامى.

المرحلة الثانية (لعلاج المتلجلجين الراشدين) :

عندما يصبح الفرد مدركا لصعوبة الكلام ويتأثر تماما بمدى ردود أفعال الناس تجاه قصوره اللفظى. والعلاج فى هذه المرحلة مختلف عن المرحلة الأولى، حيث يكون الهدف منصبا على شخصية المتلجلج وتصحيح كلامه اللفظى، هنا يجب الاهتمام بمساعدة المتلجلج على أن يتعرف على ذاته وتحقيق وجوده الشخصى، وذلك من خلال المبادئ الآتية :

- تشجيع المتلجلج على أن يبدأ ويستمر فى العلاج :

فكثيرا من المرضى تكون لديهم فكرة مسبقة عن أن عملية العلاج ليست بالأمر السهل، وأن العلاج يحتاج لمعجزة حتي ينجح لذلك فإنهم غالبا ما يكونون حذرين، وفي الوقت نفسه لديهم رغبة حقيقية فى تلقى المساعدة للعلاج، ولكن لديهم مقاومة لهذا العلاج وينبغى علي المعالج أن يشجع المريض على الاستمرار قدر الإمكان فى العلاج، وأن يعطيه بعض المعلومات المتعلقة بالعملية العلاجية وحدودها، فيحاول المعالج التخفيف من حدة شك المريض وقلقه علـى نفسه بإقامة علاقة بينه وبين المتلجلج تتسم بالود والحزم، فى الوقت نفسه فإنه يستطيع أن يطمئن المريض بقوله : «نعم أنا ليس لدى شك فى مقدرتى علـى مساعدتك وعلي حل مشكلاتك بشرط أن تكون مستعدا للتعاون معى، فإذا ساعدتنى فأنا واثق من نجاحنا».

– على المعالج ألا يعمل على إزالة أعراض المرض فقط، وإنما يجب التعامل مع البناء الشخصى للفرد ككل، ويأتى هذا عن طريق مايحاول المتلجلج أن يعبر عنه عندما يتكلم خاصة فى المواقف التى تزداد معها درجة اللجلجة، وأن يحاول التعمق للتعرف على المعانى الخفية لكلام المريض من قلق وخوف ومشاعر عدائية ورغبات متناقضة.

– تخفيف حدة الاضطراب فى علاقة المعالج بالمريض؛ وذلك بأن يحافظ المعالج على عملية التوازن والحزم فى العلاقة العلاجية، وذلك بأن تتسم العلاقة بين المعالج والمريض بالحزم، وفى الوقت نفسه تتسم بالدفء والود، وبهذه الطريقة يتلقى المعالج الاحترام من قبل المريض، ويكون قادرا على أن يشعر المريض بقدر من الأمان.

- تحرير المريض من القلق والخوف المتعلق بالاضطراب، قد نجد المتلجلج يعيش فى خوف مستمر من تهديد بنائه الذى يحميه، مع مايصاحبه من خوف من التمزق والضياع، فإنه يمكن مساعدته بأنه يشعره بالأمل والتخفيف من الشعور بالإحباط، وبانخفاض نسبة القلق والتهديد فإنه سيكون قادرا على مواجهة صراعاته، وتكون لديه الشجاعة ليس لتقبل نفسه كما هى في الواقع، وأيضا تكون لديه الشجاعة لأن يغير نفسه.

يعتقد س. برو مفيت وم. بيك Brumfitt & Peake (١٩٨٨ : ٣٥) أن علاج اللجلجة للراشدين كان ومازال يحتل مكانة كبيرة من قبل الدارسين والمعالجين ويشتمل جزء كبير من هذه المناحى على تدريب المتلجلجين أو مساعدتهم على إعادة تقييم اتجاهاتهم نحو اضطراب اللجلجة، وهناك محاولات عديدة للتخلص من اللجلجة باستخدام العقاقير، حيث استخدمت بهدف تخفيض حدة القلق التى يعانى منها المتلجلجون، وكان استخدامها بقدر معين بحيث لايؤثر ذلك على وعى المتلجلج وإدراكه. ولكن وجد أن هذه الطريقة لم تأت بالنتائج المرجوة، ومن الأفضل استخدام إسلوب علاج كلامى كعامل مساعد بجانب تعاطى تلك العقاقير.

البرنامج الثاني :

يقدم ميلدرد بيرى، وجون إيزينسون Berry & Eisenson (١٩٥٦ : ٢٧٨-٢٨٤) برنامجا لعلاج اللجلجة أساسه الوقاية من الوعى بالقصور اللفظى، ويتحقق ذلك الوعى من خلال التحكم فى رد فعل الكبار المحيطين بالطفل عندما تحدث اللجلجة (فى المرحلة الأولية للجلجة).

وفى هذا يقول فان ريبر : «إن أسلوب معاملة الطفل المتلجلج فى المرحلة الأولية هى أن تدعه وتتعامل مع أبويه ومدرسيه».

ولهذا يعتقد بيرى وإيزنسون Berry & Esienson (١٩٥٦) أن العلاج الفعال ينبغى أن يشمل الآباء؛ لأنهم مصدر للمعلومات عن الطفل، كما يكون باستطاعة المعالج التعرف على اتجاهاتهم نحو الطفل، فيجب استخدام فنيات العلاج عن طريق الآباء والمحيطين بالطفل وبواسطة المعالج أيضا.

وتتلخص إجراءات العلاج فيما يلى :

١ - **المحافظة على الصحة :**

غالبا مايرافق المريض مظاهر قصور مؤقت فى القدرة على الأداء اللغوى، وبالتالى تزداد درجة اللجلجة فى تلك الفترات، وينبغى على الآباء أن يضعوا ذلك فى تقديرهم حتى لايتسبب ذلك فى قلق زائد على الطفل، وينعكس عليه فيما بعد، كما ينبغى العناية بصحة الطفل المتلجلج بصورة عامة وإعطاء الوقت الكافى للراحة والنوم لما لذلك من تأثير على الكفاءة اللفظية.

٢ - **تحديد الظروف المرتبطة بنقص الطلاقة اللفظية :**

التعرف على معاملة الأفراد المحيطين بالطفل بصفة دائمة وخاصة الوالدين من أجل تحديد الظروف والمواقف المرتبطة بنقص الطلاقة اللفظية.

عمل حوار كلامى مع الطفل بعيدا عن والديه، وعمل حوار آخر فى حضورهم من أجل التعرف على تأثيرهم على نوعية وطبيعة نقص طلاقة الطفل إذا ما حدثت اللجلجة.

٣ - **ضرورة إرشاد وتوعية الوالدين :**

إن لجلجة الطفل فى الصغر (المرحلة الأولية) شىء طبيعى، لكن ينبغى ألا يلام الآباء على قلقهم فى القصور اللفظى لأطفالهم، وإنما يجب أن يعرفوا أن الاهتمام الزائد قد ينتقل إلى الطفل فيصبح قلقا وغير مطمئن تجاه قصوره اللفظى، ولذلك فنقص الطلاقة اللفظية بدون وعى من الطفل أو قلق يعد سلوكا طبيعيا وليس مرضيا.

٤ - **توعية الوالدين ببعض الحقائق الخاصة بالطلاقة اللفظية مثل :**

أ - ترتبط الكفاءة اللفظية بوضع الطفل وترتيبه فى الأسرة، فالطفل الأول أو الوحيد فى الأسرة، يكون أكثر طلاقة من الطفل الثانى والثالث.

ب - تعد الإناث أكثر براعة فى تعلم الكلام بالمقارنة بالذكور، وبالتالى فهن أكثر طلاقة من الذكور.

٥ - **تحليل المواقف المرتبطة بزيادة شدة اللجلجة :**

ينبغى التعرف على المواقف المرتبطة بحدوث اللجلجة من خلال إجابات الأسئلة الآتية :

١ - هل تحدث اللجلجة فى وقت معين من اليوم ؟

٢ - هل تحدث اللجلجة مع أفراد معينين ؟

٣ - هل تحدث اللجلجة فى مواقف مرتبطة بخبرات مخيفة سابقة ؟

٤ - هل تشتد درجة اللجلجة عندما يكون الطفل متعبا ؟

٥ - هل تشتد درجة اللجلجة عندما يسأل الطفل أسئلة مباشرة تتطلب إجابات محددة ؟

٦ - هل تحدث فى كلمات معينة ؟

٧ - هل تحدث عندما يحاول الطفل لفت الانتباه ؟

٨ - هل تزداد نقص الطلاقة فى حضور مستمع ناقد ؟

إن الإجابة على هذه الأسئلة تساعد في معرفة ما إذا كان نقص الطلاقة تعد استجابة لضغط مكثف، وإذا كان هذا الضغط هو السبب فمع مَنْ مِنْ أعضاء بيئة الطفل يكون أكثر ؟ فإذا كان الطفل يعيش فى بيئة تفتقر إلى الاهتمام، فقد تكون اللجلجة من أجل شد الانتباه إليه.

وإذا كان الطفل يتلجلج أكثر فى وقت معين من اليوم فيجب دراسة مايحدث فى الفترة التى تسبقها أو التى تليها وإخضاع تلك الفترة للفحص والتقويم، أما إذا تكرر حدوث اللجلجة عندما يكون الطفل مرهقا أو متعبا، فالأفضل ألا يشجع الطفل على كثرة الكلام حتى لانساعده على إدراك قصوره اللفظى، ولاينبغى أن تقول له: «لا تتكلم الآن إنك متعب ولاتتحدث جيدا».

أما إذا ارتبط حدوث اللجلجة بكلمات أو مواقف معينة، فيجب تحديدها، فإذا كانت الكلمات تمثل أفكارا أو مواقف مرتبطة بضغوط نفسية معينة، فالأفضل إزالة تلك الضغوط عن الطفل أو تخفيضها، وإذا لم تستطع فيجب مساعدة الطفل على فهمها وتقبلها فى حدود قدراته، فغالبا مايكون البالغون غير مدركين لمدى محاولات المقاطعة والتجاهل لحديث الطفل، وقد يحاول الطفل مناقشتهم، فإذا نجح فى ذلك يأمره الوالدان أن يلزم الصمت، وإذا فشل فقد يشعر بالإحباط، وفى كلتا الحالتين فإن الطفل يمر بتجربة المقاطعة المفروضة عليه ومن ثم فإنه يلزم الصمت، وبتكرار مثل هذا النوع من الخبرات فقد يبدأ الطفل فى كبت كلامه الخاص أو محاولته للنقاش، وينتج عن ذلك مقاطعة الذات والتردد والإعاقات الكلامية.

٦ - توفير فرص تتيح طلاقة الكلام نسبيا :

فلقد أوصينا مبكرا ألا نشجع الطفل على الكلام فى مواقف يتكرر فيها حدوث اللجلجة، وعلى العكس من ذلك فينبغى أن يشجع الطفل على الكلام فى المواقف التى يكون فيها طلق الحديث، وهذه المواقف عادة ماتكون خالية من التوترات أو الضغوط النفسية، ومن ثم فيكون لدى الطفل فرصة لممارسة الكلام بأسلوب يرتاح له الكبار، وهذا يساعد على تدعيم الطلاقة اللفظية لدى الطفل.

البرنامج الثالث: برنامج ميريل مورلى Morley (١٩٧٢: ٤٥٧-٤٦٣)

يتضمن البرنامج العلاجى لميريل مورلى Morley (١٩٧٢) النقاط التالية :

١ - تفهم طبيعة اللجلجة وكيفية توافق المتلجلج مع نفسه.

٢ - ممارسة تدريبات للاسترخاء.

٣ - القيام بتدريبات تساعد المتلجلج على التحكم فى تقلصات أعضاء الجهاز الكلامى.

٤ - إجراء مناقشات تتعلق بالصعوبات التى يعانيها المتلجلج فى المواقف الكلامية.

٥ - ممارسة العلاج الكلامى الجماعى حتى يمكن إكساب المتلجلج ثقة عند التحدث.

١ - التوافق مع اللجلجة :

يرى ميريل مورلى Morley أن المتلجلجين لديهم خوف عميق من أن بهم شيئا خاطئا، وأنهم مختلفون عن الآخرين، وتلك الأفكار والمشاعر تكون نتيجة طبيعية لرد فعل الآخرين نحو إعاقتهم، فالمتلجلج لديه القدرة لأن يتكلم بشكل طبيعى ولكنه لايستطيع الحفاظ عليها تحت كل الظروف، ومن ثم فإنه يميل لاعتبار اللجلجة شيئا مثيرا للإزعاج؛ لأنه يعوق التعبير عما يجول بخاطره.

ومع ذلك نجد أن تلك المشكلة لاتتعارض بالضرورة مع الحياة، حيث نجح كثير من المتلجلجين فى التغلب عليها. إذا تم مساعدة المتلجلج لأن يتقبل لجلجته بشكل موضوعى قدر الإمكان وأن يأخذ هذه الإعاقة فى الاعتبار دون خوف أو انفعال وبذلك يتم تشجيع الاتجاه الإيجابى المرتبط بالثقة فى قدرة المتلجلج على التحدث دون لجلجة.

٢ - العلاج عن طريق ممارسة تدريبات الاسترخاء :

لقد تم تأييد هذه الوسيلة العلاجية من قبل بعض المعالجين؛ لأنها تعطى تحسنا سريعا وتلقائيا فى الكلام وتؤدى إلى انخفاض نسبة التوتر العصبى.

كما أن ممارسة أسلوب الاسترخاء بانتظام يؤدى إلى الشعور بالراحة والتخفيف من التعب البدنى والذهنى، وفى الوقت نفسه يساعد على الهدوء النفسى الذى يؤدى إلى زيادة الكفاءة والثقة فى قدرة الفرد على مواجهة الحياة، ومن مزاياه أنه يساعد على التحكم في الانقباض العضلى الحقيقى للجلجة ذاتها.

وأثناء ممارسة المتلجلج لأسلوب الاسترخاء فإنه يشعر بسهولة إنتاج الكلام بطلاقة مع الاسترخاء؛ ومن ثم يربط المتلجلج بين الطلاقة اللفظية والشعور العام بالبساطة، ويتم العلاج من خلال تدريبات فى ممارسة التفكير بعمق ثم تدريبات على النطق مع التنفس العميق وحركات تحررية سهلة لعضلات الوجه، وممارسة السهولة أثناء الكلام تزيد الثقة، وتعمل على تنمية نموذج لكلام إيقاعى سهل دون مجهود مما يؤدى إلى انخفاض درجة اللجلجة.

٣ - تدريبات تساعد على التحكم فى أعضاء الجهاز الكلامى :

معظم المتلجلجين يريدون التعرف على تدريبات تساعدهم على التخلص من أعراض اللجلجة، وأن تكون تلك التدريبات يمكن ممارستها بالمنزل، فمثلا قد يطلب منهم ممارسة القراءة بالمنزل بصوت مرتفع، حيث إن الكلام منفردا يجعل المتلجلج يعتاد على الطلاقة بإيقاع طبيعى ودون مجهود، كما تعتبر الممارسة السلبية Negative Practice من الأساليب التى تساعد على التخلص من أعراض اللجلجة، حيث يطلب من المتلجج أن يعمد إلى تكرار الكلمة التى يتلجلج فيها مرة بعد مرة عبر فترة زمنية قصيرة جدا أو بدون فترة زمنية فاصلة بين هذه التكرارات. (Yates، ١٩٧٠ : ١٢٣).

وفنية الممارسة السلبية تقوم على مبدأ الفصل بين العادات اللاتوافقية، ونتائجها التعزيزية، وذلك طبقا للبند الرابع من المسلم التاسع لنظرية هل «حينما تتابع استجابات غير معززة فى فترات زمنية قصيرة، يزداد الجهد الكاف كدالة نمو موجبة لعدد المحاولات غير المعززة، وهكذا تحدث ظاهرة الانطفاء التجريبى».

وطبقا لهذه النظرية نجد أن المتلجلج يقوم بتقليد وتكرار اللجلجة بشكل إرادى وشعورى عدة مرات دون تلقى أى تعزيزات حتى يصل إلى السلاسة المطلوبة، وبذلك

نجد أن فنية الممارسة السلبية تندرج تحت مبدأ الممارسة غير التعزيزية للسلوكيات اللاتوافقية، مما يؤدى إلى ظاهرة الانطفاء التجريبى. (حسام الدين عزب، ١٩٨١ : ١٨٥).

٤ - المناقشات :

أثناء فترة العلاج يفضل مناقشة المشكلات التى تواجه المتلجلج فى المواقف المختلفة وتقديم المقترحات ومناقشتها مع المتلجلج فيما يتعلق بالأسلوب الذي تتلاءم مع كل مشكلة فى محاولة لإنهاء تلك الصعوبات، وكذلك يطلب من المريض ألا ينزعج لحدوث اللجلجة، وأن يتقبلها، ويتعلم كيف يتحكم فيها.

٥ - العلاج الجماعى :

يدخل المتلجلج كفرد فى جماعة علاجية، حيث يقابل آخرين يشاركونه التجربة نفسها، وبذلك تتوافر الفرصة لممارسة الكلام فى مواقف سهلة، ومناقشة ومقارنة مشكلاتهم الشخصية فى الكلام، هنا يتكون ثبات تدريجى لكلام أكثر طلاقة وظهور اتجاهات وردود فعل جديدة تجاه المواقف المرتبطة بالكلام.

ويساعد العلاج الجماعى على انخفاض حدة اللجلجة لأقصى حد وانخفاض حدة التقلصات المصاحبة لحدوث اللجلجة، وينمى ثقة الفرد فى التعامل مع الآخرين فى مواقف حياته الأخرى.

البرنامج الرابع : برنامج هوجر جريجورى Gregory (١٩٨٦، ١٠٤-١٠٩)

لاحظ جريجورى Gregory أن الأطباء المعالجين للجلجة يركزون على أربعة مجالات لعلاج الأطفال المتلجلجين وهم :

١ - الضغط الاتصالى (مثل الطريقة التى يتكلم بها الآباء مع الطفل أى درجة سرعة الكلام).

٢ - التفاعل العام بين أفراد الأسرة «ضغط العلاقات الشخصية المتبادلة».

٣ - فروق النمو اللغوى والحركى.

٤ - الطلاقة اللفظية.

ويقرر جريجورى Gregory أنه أصبح هناك اهتمام خاص بالعوامل التفاعلية بين الوالدين والطفل، وأنها تحتاج بالفعل إلى تعديل، فينبغى التعرف عليها، وتقويمها قبل استخدام أى وسيلة علاجية، أما الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل المتلجلج فهو الكلام

ببطء، واستخدام الكلمات السهلة مع التـدريب المستمر على التنفس العميق، وزيادة فى طول أجزاء الكلام، ولاينبـغى دفع الطفل لأن يسرع فى الكلام ومقاطعـته أثناء الكلام، أو عدم الانتباه لما يقول.

كما اهتم جريجورى Gregory بعلاقة المعـالج بالطفل المتلجلج فى هذه المرحلة العمرية (مـرحلة الطفولة)، حيث ركز علي أهمـية العلاقة الإيجابيـة التى تتسم بالود والتقـبل وأنها تعد من الأمـور الحاسمـة من أجل علاج ناجح، فيـجب على المعالج أن يكون متفهما لحالة الطفل، ويجيد الاستماع لمشاعره التى تدور حول مشكلة اللجلجة.

بالنسبـة للمتلجلجين الراشدين يقرر جـريجورى أنه لاينبغى تقديم وسـيلة لعلاج اللجلجة وإنتاج الطلاقـة اللفظية بسهولة ويسر، ولكن الأفـضل أن يصغى المتلجلج إلى لجلجته، وأن يتعرف علي سلوكه الكلامى أثنـاء حدوث اللجلجة وبالتدريج يتعرف على طريقة كلامـه عن طريق التفكير، وبعد ذلك يرى كيف أنه يسـتطيع أن يتلجلج بسهولة أكبـر، وبهذا الأسلوب فـإن المتلجلج لايتجنب حـدوث اللجلجة بالقـدر الكافى؛ لأنه استطاع دراستها وتحديد أعراضـها، وفى هذا الصدد يؤكد شيهان Sheehan أن المصابين باللجلجة يحتاجون لأن يدركوا بشكل أكثـر واقعية أدوارهم المزدوجة كأفراد يتلجلجون، وأيضا كأفراد يتكلمون بشكل طبيعى.

ولقد أعطى جريجورى اهتماما خاصـا بمتابعة المريض بعد العلاج، حيث يقرر أنه قد ينخدع كل من المعالج والمريض إلى السهولة الواضحة في تعديل اللجلجة فى العيادة وأن المتلجلج أصبح يتكلم بطلاقة.

ولذلك ينصح المعالج بأن يخطط لتـعميم تلك الطلاقة المكتـسبة فى المواقف التى تقابل المريض خارج العيادة، ومن المفضل استخدام التحصين التدريجى بأن يعمل المعالج تسلسلا هرميا للمواقف الكلامية، ومن الأسـهل للأكثر صعوبة، وبالتدريج يتم ملاحظة أسلوب الكلام، وسلوكيات أخرى على التوالى.

من الأمور الهـامة التدريب على ضـبط الذات وتقويم الذات، ولقد أكـدت عدة برامج على أهميـة تلك القدرة من بداية العـلاج، فإذا كان المتلجـلج لايستطيع مراقـبة وتقويم ذاته فكيف يصبح التحول ناجحا.

البرنامج الخامس :

قدم فرانسيس فريما Freema (١٩٨٢ : ٦٨١ - ٦٨٥) الذى عمل مـايقرب من مدار نصف قرن فى البـحث عن علاج اللجلجة، وهذه وجهـة نظره فى العلاج، حيث يرى أن العلاج الجيد للجلجة ينبغى أن يبنى على أساس تفرد كل إنسان وظروفه الخاصة

واحتياجاته الحالية والمستقبلية ومدى إدراكه لمشكلته، بمعنى أن العلاج ينبغى أن يشتمل على خطة علاج فردية ذات أهداف محددة مع ضرورة عمل متابعة ملائمة لمشكلات الفرد وظروفه واحتياجاته.

ومن سمات العلاج الجيد أنه :

١ - ينمى وييسر النمو الشخصى.

٢ - يعمل على تقبل الفرد لذاته والثقة فى مقدرته على كفاءة الاتصال Commu-nicative adequac.

٣ - يؤدى إلى تحسين الطلاقة، وإلى القدرة على التحكم الإرادى فى إنتاج الكلام المقبول اجتماعيا.

والعلاج لاينتهى بالوصول إلى طلاقة جيدة في مواقف العلاج، وإنما العمل على توفير تدعيم مناسب لتقويم الطلاقة فى مواقف الحياة الأخرى للحفاظ على الطلاقة المكتسبة.

ولقد قسم فريما Freema برنامجه العلاجى إلى ثلاث مراحل :

١ - المرحلة الأولى خاصة بالأطفال الصغار (فى بداية اللجلجة).

٢ - المرحلة الثانية خاصة بالأطفال (المدركين للقصور اللفظى للجلجة).

٣ - المرحلة الثالثة خاصة بالمتلجلجين الكبار.

أولا : الأطفال الصغار :

يرى فريما أنه فى حالة الطفل الذى بدأ لتوه فى اللجلجة لاينبغى أن تخبر الوالدين بعدم القلق أو تجاهل المشكلة؛ لأنهم لن يكونوا قادرين على تجاهل مشكلة الطفل، وأنه يجب أن يعرفوا بأنها مسئولية معالج متخصص يعمل على توفير خطة علاجية بناءة، وخطة العلاج هدفها تخفيض أو إزالة الضغوط المسببة لحالة اللجلجة مثل:

١ - الضغوط البدنية :

يجب أن يشتمل البرنامج العلاجى على تنظيم وقت الطفل، وتوفير وقت كاف للنوم والراحة، والتغذية المنتظمة لازالة التعب الذى قد يزيد من مظاهر القصور اللفظى.

٢ - الضغط الانفعالى :

مساعدة الآباء على تخفيف مصادر الضغط الانفعالي على الطفل خاصة بالنسبة لبعض المواقف المرتبطة بالضغوط الانفعالية، مثل مواقف التغذية، والتدريب على استخدام الحمام، وإرغام الطفل على النوم، هنا ينبغى إرشاد الوالدين لاستخدام أساليب قائمة على التفاهم المتبادل بينهم وبين الطفل لحل هذه المشاكل بهدوء ودون ضغوط انفعالية.

٣ - الضغط الاتصالى :

إرشاد الوالدين إلى أهمية خلق مواقف اتصالية سارة وناجحة مع الطفل، ففى التعامل مع آباء الأطفال المصابين ببدايات اللجلجة من المهم أن يتعرف والدى الطفل المصاب ببداية اللجلجة على الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل.

فإن النموذج المرغوب من أجل تخفيض حجم اللجلجة، هو الكلام ببطء مع إطالة قليلة فى الأحرف، بالإضافة إلى أنه عندما يتوقف الكبار ويفكرون هم قبل الكلام، فإنه يكون لدى الطفل وقت ليفكر أيضا قبل الكلام، فالقاعدة : هى «ألا تخبر الطفل أن يبطئ، أو يتكلم بهدوء، أو يفكر قبل الكلام، ولكن وضح له كيف يفعل تلك الأشياء عن طريق تقديم ذلك النماذج فى كلامك معه».

ثانيا : الأطفال المدركين للجلجة :

إذا أظهر الطفل توترا ملحوظا أو علامات سمعية أو مرئية تدل على المجاهدة أثناء الكلام، فهو مدرك أن لديه مشكلة، سواء كان فى الثالثة أو العاشرة من عمره فهو يستحق المساعدة لفهم أن مايشعر به ليس شيئا شاذا، ولاينبغى الخجل منه، وأنه يحدث للعديد من الأفراد، وأن كلمة لجلجة ليست كلمة مخجلة، أو مرض غير قابل للشفاء، فهو يحتاج فقط المساعدة من أجل تنمية الطلاقة اللفظية باتباع النقاط التالية:

- الكلام ببطء وهدوء وسهولة أفضل من المجاهدة لإزالة الإعاقة.
- استخدام خطة علاجية تتضمن تعديل البيئة، وهى إزالة الضغوط البدنية والانفعالية والاتصالية - السابق ذكرهم - بجانب استخدام أسلوب للعلاج الكلامى.

ثالثا : المتلجلجون الراشدون :

هنا يجب التركيز على تخفيف الانفعالات السلبية، والعمل على تيسير التوافق الشخصى، ويرى فريما أن هناك بعض أساليب العلاج الكلامى تؤدى إلى تحسن مؤقت لحجم اللجلجة، ولكن المشكلة العظمى ليست فى تعليم المتلجلج أن يتكلم بدون قصور لفظى، ولكن الأهم مساعدته فى أن يعمم تلك الطلاقة فى مواقف الحياة اليومية وليست فى مواقف العلاج فقط.

ويوجد ثلاثة عوامل مرتبطة بهذا المجال :

أولا : يحتاج المعالجون والمتلجلجون إلى أن يتعرفوا على المجهود المفروض بذله من أجل الحفاظ على الطلاقة، بينما يمكن تعديل الكلام فى فترات قصيرة من العلاج

المكثف، فإن التعود على هذا الأسلوب الجديد، وصيانته، والحفاظ عليه، يحتاج إلى رعاية وتدعيم منتظم ومساعدة على فترات ممتدة، بمعنى أنه على المتلجلج أن يقدر الصعوبات المرتبطة لكيفية الحفاظ على طلاقته، وهنا هو يحتاج إلى أن يتحرر من الشعور بالذنب والفشل والاكتئاب الذى يصاحب فترات الانهيار الكلامية بالإضافة إلى التدعيم المستمر.

ثانيا : يجب على المعالج أن يقدر التعديلات فى مفهوم الذات، والتوافق الشخصى، والعلاقات الشخصية المتبادلة التى يجب أن يواجهها المتلجلج عندما يصبح فجأة متحدثا لبقا، وفى رأى فريما Freema (١٩٨٢) أن بعض المصابين قد يتنازلون عن مكاسبهم بسبب أنهم لايستطيعون التعامل مع تلك التوافقات الجديدة.

ثالثا : اختيار الوسيلة الخاصة بتعديل كلام المتلجلج، فإن الوسائل التي استخدمت لتعديل الكلام تؤدى إلى انخفاض القصور اللفظى، ولكن ليس كل الوسائل تتساوى فى سهولة التعود عليها كنموذج طبيعى مريح لإنتاج الكلام، وأفضل هذه الوسائل، هو مايتطلب من المتلجلج أقل قدر من الجهد واليقظة لتعديل الكلام، وقد تحدث انتكاسات لبعض المتلجلجين بسبب الآتى :

* إن الحفاظ على شكل الكلام الذي تعلموه يتطلب وقتا وجهدا كبيرين وبالتالى يكون من الأمور الصعبة.
* إن شكل الكلام الذي تعلموه فى العلاج يبدو غير طبيعى بشكل مبالغ فيه، أو صناعى يؤدى إلى رد فعل سلبى، أو تعليقات من المستمع تؤذى مشاعر المتكلم.

البرنامج السادس :

يعتبر إدوارد كونتر Conture (١٩٨٢ : ١٦٣ - ١٦٩) من العلماء الذين يرون أن اضطراب اللجلجة ماهو إلا مشكلة تنبع من التقدير الخاطئ للمحيطين بالطفل أثناء مرحلة تعلم الكلام؛ ولذلك فهو يركز على الظروف البيئية داخل الأسرة وخارجها والتى يتعرض لها الطفل بصفة مستمرة يكون لها تأثير عميق على القدرات اللغوية لديه.

ويستطرد كونتر موضحا أن البيئة المنزلية للطفل والتى تتمثل فى الوالدين قد لاتكون هى السبب المباشر فى ظهور اللجلجة، ولكن غالبا ماتكون عاملا مساهما فى نمو واضطراد اللجلجة والحفاظ عليها.

ويبدو هذا واضحا فى رد فعل الوالدين تجاه مظاهر عدم الطلاقة اللفظية التى تنتاب الطفل فى هذه المرحلة العمرية ٢ - ٤ سنة، ومن هذه المظاهر مايلى :

- يكون لدى بعض الأطفال القدرة على الكلام وعلى الصياغة اللغوية ولكنها تكون متأخرة أو منحرفة عن السوية بعض الشىء.
- قد لا يستطيع الأطفال التعبير بشكل سريع عن أفكارهم، وخاصة فى المواقف الاتصالية التى تتسم بالضغوط الانفعالية.
- قد يكون لدى الطفل مهارات الإنتاج الصوتى، ولكن إخراج الصوت لايتسم بالدقة والسرعة التى يتوقعها الوالدان من الطفل.

هنا نجد أن الوالدين غالبا مايبدون تصريحات ضمنية أو صريحة، وبالتالى ينقلون إلى أطفالهم تسامحهم أو عدم تسامحهم تجاه تلك الانحرافات الكلامية، مثل التعبير اللفظى غير الدقيق، أبنية لغوية دون المستوى، التعبير اللفظى غير الملائم لأفكار الطفل.

ويستطرد كونتر Conture موضحا أن القضية هنا ليست فقط الأشياء المحددة التى يتناولها الوالدان بالنقد الصريح أو الضمنى، ولكن الحقيقة أنهم وبطريقة روتينية يصححون، يعاقبون، يظهرون الضيق وعدم التسامح إلى آخره من الأفعال التى تؤثر سلبا على قدرات الطفل اللفظية وتشعره بالقلق.

لذلك يرى كونتر أهمية أن يتعرف الوالدان على تلك السلوكيات والنتائج التى تؤدى إليها، وبالإضافة إلى ذلك هناك بعض الأمور التى لاتقل فى أهميتها عما سبق وهى الضغوط النفسية التى يتعرض لها الطفل داخل الأسرة والتى تتضح من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية :

- هل يتوقع الوالدان من الطفل أن يتصرف كالراشدين ؟
- هل يشعر الوالدان الطفل بأنهم ليسوا سعداء.
- نتيجة الأخطاء التى يقع فيها أثناء عملية التعلم ؟
- هل يزعج الوالدان الطفل بجدول أعمال مستمر لدرجة جعله متعبا طوال اليوم؟

كما يعطى كونتر اهتماما بالغا بناحية أخرى مرتبطة ببيئة الطفل ذات أهمية فى حدوث اضطراب اللجلجة وهى الطريقة التى يتبعها الوالدان فى الكلام مع الطفل،

ومدى انعكـاس ذلك سلبا أو إيجابـا على القدرات اللفظيـة للطفل، ويتـضـح ذلك من خلال الاجابة على التساؤلات التالية :

- هل يعانى أحد الوالدين من السرعة الزائدة فى الكلام ؟
- هل يتكلم الوالدين مع الطفل بجمل طويلة معقدة ؟
- هل يميل الوالدين إلى مقاطعة الطفل باستمرار أثناء الكلام وبشكل غير ملائم؟
- هل يتسم كلام الوالدين بالطلاقة. . أم هنا بعض الكلـمات التـى تنطق بشكل غير صحيح؟
- هل أحد الوالدين من النوع الذى يحرص دائما على سلامة التعبير اللفظى ؟

وأخيرا، يتساءل إدوارد كونتر هل يستمع الوالدان لصوت العقل ويحاولون التوقف عن القلق على كلام الطفل لمجرد أن يخبـرهم المعالج « لا تقلق - طفلك سوف يتغلب على اللجلجة ».

ويجيب كـونتر قـائلا : « أعتـقد أن ذلك غـير كاف، وأنه من الضـرورى إعطاء الوالدين مـعلومات كافـية عن اللغـة وكـيفـية نموها بشكل طبـيعى، وكـذلك إمدادهم بالمعلومات الوافـية عن اضطراب اللجلجـة، حيث إن هذا يساعـد الوالدين فى توضيح وفهم طبيعة وحجم مشكلة اللجلجة ومايمكن فعله تجاهها».

البرنامج السابع :

حاول نان راتنرRatner (١٩٩٢ : ١٤ -.٢) أن يقدم أسلوبا غير مباشر لعلاج اللجلجة، وهو وإن اتفق مع إدوارد كونتر Conture (١٩٨٢) فى التركيز على إصلاح بيئـة الطفل المتلجلج لكنه اهتم بصفة خـاصة بالأسلوب الذى تتبـعه الأم فى الكلام مع الطفل المتلجلج، ويؤكد راتنر إلـى أن هناك بعض الدراسات التى تشير إلى فـاعلية هذا الأسلوب (خفض سـرعة كلام الوالدين مع الطفل) فى مـعالجة القـصور اللفظى لدى الأطفال.

ويستطرد راتنر موضحا أنه على الوالدين لطفل مـصاب باللجلجة أن يعمدوا إلى مراقـبة أسلوبهم فى الكلام أثنـاء إجراء المحادثة اليـوميـة مع الطفل؛ لذلك فهـو يقدم التوجيهات التالية :

- أن تعمد الأم (الأب) إلى أن تتـحدث ببطء مع الطفل حتى يتـعود هو الآخر على هذه الطريقة، وبالتالى تقدم له نموذجا لكيفية الكلام يقتدى بها.

- استخدام عبارات قصيرة وغير معقدة التركيب.

ولقد قام راتنر ratner بتطبيق هذا الأسلوب العلاجى غير المباشر على مجموعة من الأطفال المتلجلجين وأمهاتهم. من خلال الخطوات التالية :

- إجراء جلسات لعب مع الأطفال المتلجلجين وأمهاتهم لمدة أسبوعين بواقع جلسة يوميا لمدة ١٥ دقيقة، حيث قام المعالج بتسجيل كلام الأم مع الطفل أثناء اللعب للحصول على البيانات التى تتعلق بمتوسط سرعة كلام الأم ومستوى الصعوبة فى تركيب الجمل التى تستخدمها الأم.

- ثم تبدأ المرحلة الثانية من العلاج بأن يوجه المعالج هذه التعليمات للأمهات «نحن مهتمون بالتعرف على ماسيحدث لكلام طفلك عندما تتكلمين معه بشكل أكثر بطئا؛ لهذا نرجو منك أن تحاولى التحدث إليه ببطء، وأن تستخدمى عبارات قصيرة وجمل بسيطة قدر الإمكان».

- بعد أن تتعود الأم على الأسلوب الجديد فى الكلام مع الطفل، يطلب منها المعالج استخدام هذا الأسلوب باستمرار مع الطفل فى المنزل.

البرنامج الثامن :

قدم بهارجاڤا Bhargava (١٩٨٨ : ٩١ - ٩٣) برنامجا لعلاج اللجلجة، حيث قام فى البداية بعمل تحليل لسلوك المتلجلجين، ومن ثم استطاع تحديد العوامل التى تؤدى إلى زيادة اللجلجة لدى المتلجلج فى المواقف الاتصالية وهى :

- عندما يستثار.
- عندما يتكلم أمام مجموعة من الغرباء.
- عندما يتكلم مع كبار السن (أكبر منه فى العمر أو السلطة).
- عندما يخاف (يتوقع) حدوث اللجلجة.

وبناء على العوامل السابقة استطاع المعالج تحديد المشاكل الناتجة عنها وهى :

- الخوف من مواجهة المواقف الاتصالية.
- عدم الثقة بالنفس.
- الامتناع عن الكلام خوفا من حدوث اللجلجة.
- الشعور بالدونية.

قسم بهارجاڤا البرنامج العلاجى إلى ثلاث مراحل كالتالى :

أولا : النموذج Modeling :

يقوم المعالج بدور النموذج، ثم يحاول المتلجلج أن يقتدى به، بمعنى أن يطلب المعالج من المتلجلج تكرار الكلام تبعا للنموذج الذى قدمه خمس مرات بدون لجلجة، ويتكرر هذا التمرين طوال الجلسة العلاجية مع عمل تغيير تدريجى فى سرعة الكلام، وأحيانا يطلب المعالج من أحد المتلجلجين أن يقوم بعمل النموذج لباقى أفراد الجماعة. ولوحظ أن هذه الوسيلة تعمل على خفض درجة اللجلجة داخل الجماعة.

ثانيا : التغذية المرتدة السمعية :

بعد الانتهاء من الجلسات العلاجية (خمس جلسات) للمرحلة السابقة ينتقل المعالج لاستخدام هذه الوسيلة وهى تأخير التغذية المرتدة السمعية كوسيلة لعلاج عرض اللجلجة. حيث يقوم بتسجيل محادثة للمتلجلج ثم يعمل على إعادة إصدار الكلام (بلاى باك)، أى إعادة الكلام المنطوق مباشرة بعد التسجيل؛ ومن ثم يستمع المتلجلج لصدى مستمر لكل ماقاله توا.

ثالثا : مواجهة مواقف الحياة الواقعية :

يحاول المعالج فى هذه المرحلة تعريض المتلجلج لمواقف الحياة بطريقة تدريجية. حيث يطلب من المرضى إجراء بعض المواقف الاتصالية داخل العيادة وتشجيعهم على الكلام بحرية مع باقى أفراد الجماعة، ثم يلى ذلك إجراء محادثة مع بعض الأشخاص الغرباء فى حضور المعالج، وبعد أن يطمئن المعالج إلى زوال الرهبة من مواجهة المواقف الاتصالية يطلب منهم إجراء تلك المحادثات دون حضور المعالج.

ويقرر بهارجافا أن الهدف من هذه المرحلة هو مساعدة المتلجلج على زيادة الثقة بنفسه فى المواقف الكلامية.

البرنامج التاسع :

اتخذ كل من لينا روستين وآرمن كور Rustin & Kuhr، (١٩٨٨ : ٩. : ٩٥) منحى جديدا لعلاج اللجلجة وهو علاج اللجلجة داخل المستشفى. وهما وآن اتفقا مع واضعى البرامج السابقة فى أهمية التركيز على الظروف البيئية التى تحيط بالمتلجلج، باعتبار أنها عامل مؤثر وهام فى نمو واضطراد ظاهرة اللجلجة، بالإضافة إلى أهميتها فى نجاح أو فشل البرنامج العلاجى الذى يتلقاه المتلجلج، إلا أنهما استطاعا التعامل مع هذه المشكلة بطريقة جديدة، ألا وهى بقاء المتلجلج داخل أسوار المستشفى لمدة محددة يتلقى خلالها برنامجا شاملا من الأنشطة اليومية، ولايغادر المستشفى إلى أن تتحسن حالته، وبذلك أمكن التحكم فى الظروف المحيطة بالمتلجلج.

ويبرر روستين وكور وجهة نظرهما هذه بقولهما: « أن الطلاقة التى يكتسبها المتلجلج من خلال الجلسات العلاجية من الممكن أن تنهار وينتكس المريض بعد مواجهته لمواقف الحياة خارج المستشفى؛ ولذلك ينصح ببقاء المتلجلج داخل المستشفى لعدة أسابيع، يتبع فيها برنامجا علاجيا متكاملا أفضل من زيارات علاجية أسبوعية قد تمتد إلى سنوات دون فائدة».

وتشتمل الخطة العلاجية على عدة أهداف وهى :

- مساعدة المتلجلج فى التغلب على مشكلة اللجلجة.
- تعليمه مهارات الحديث.
- تغيير اتجاهه نحو اضطرابه الكلامى.
- مساعدته على التكيف مع المجتمع الذى يعيش فيه.

ولقد تم تطبيق هذا البرنامج العلاجى فى وحدة العلاج السلوكى بالقسم الأكاديمى للطب النفسى فى مستشفى ميد لسيكسى Middlesex Hospital، وذلك لوجود هيئة تمريض مدربة تدريبا جيدا على كيفية تعديل السلوك.

.. تتضمن خطة العلاج مرحلتين وهما :

أولا : العلاج خارج المستشفى :

هناك فترة يقضيها المتلجلج خارج المستشفى وهى ستة أسابيع، حيث يتلقى تدريبات على ممارسة أسلوب الاسترخاء والتدريب على التنفس بانتظام، وذلك بواقع جلسة يوميا لمدة ساعة ثم تقل تدريجيا إلى أن تصل إلى جلسة واحدة كل يوم.

ثانيا : العلاج داخل المستشفى :

يؤكد روستين وكور أن الفكرة الأساسية لهذا البرنامج العلاجى هى أن يوجد المتلجلج فى بيئة محكمة بأقصى حماية وتوجيه.

فى البداية ينضم المتلجلج إلى جماعة علاجية، حيث يقابل آخرين يشاركونه نفس الاضطراب الكلامى، ثم يتم طرح البرنامج العلاجى ومناقشته مع أعضاء الجماعة وهيئة التمريض وأخصائى العلاج، وبعد أن يتم التأكد من استيعاب أفراد الجماعة للبرنامج والموافقة عليه يبدأ بتطبيق خطوات البرنامج وهى كالتالى :

- في البداية لاتوجد أى محاولة للسيطرة على طريقة كلام المتلجلج حتى يتسنى للممرضات فرصة ملاحظة طبيعة اللجلجة، كما يتم تقييم كل حالة بعناية للتعرف عما إذا كان هناك مشكلات أخرى فى حياة المتلجلج تتعلق باضطرابه الكلامى.

- فى اليوم الثالث يطلب من المتلجلج إجراء محادثة مع إحدى الممرضات، ثم يقوم أحد أعضاء هيئة التمريض بتسجيل تلك المحادثة للتعرف على مظاهر اللجلجة المراد قياسها.

- فى اليوم الرابع يبدأ تعليم المتلجلج مهارات الحديث، حيث يطلب منه إجراء محادثة مع إحدى الممرضات وعند حدوث اللجلجة يتوقف عن الكلام لمدة دقيقة واحدة، وفى تلك الأثناء يقوم أحد أعضاء هيئة التمريض بتسجيل المحادثة للتعرف عما إذا كان المتلجلج هو الذى أنهى المحادثة أم الممرضة، وإن كان يفضل أن المتلجلج هو الذى يأخذ المبادرة بإنهاء الحديث أو استمراره، حتى يتحمل مسئولية علاج نفسه، وعند حدوث الإعاقات الكلامية يفضل أخذ راحة لمدة ١٥ دقيقة قبل معاودة الكلام.

- ممارسة أسلوب الاسترخاء مرتين يوميا بعد إجراء المحادثة، وفى أثناء فترة الظهيرة يمضى ساعة فى هدوء تام ولكن يسمح له بالتجول فى الحديقة أو الاسترخاء فى غرفته حسبما يريد، حيث إن ذلك يساعده على خفض نسبة التوتر الناتجة عن التركيز فى السيطرة على الحديث.

- وجود بعض النشاطات يختار منها المتلجلج مايريد مزاولته، مثل مشاركة باقى أفراد الجماعة لعب الورق أو مشاهدة التلفزيون، ولكن لابد من التركيز هنا على وجود الممرضة حتى تقوم بتسجيل حديثه مع الزملاء الآخرين، ثم تعرض هذه التسجيلات على أخصائى العلاج الذى يحدد له فقرات برنامجه لليوم التالى وفقا لمدى تقدمه فى الكلام.

- عندما يحرز المتلجلج تقدما فى العلاج يتم إضافة خطوة جديدة فى العلاج، حيث يعمل تسلسلا هرميا للمواقف الكلامية من الأسهل للأكثر صعوبة حتى يتسنى للمتلجلج ممارسة الكلام فى مواقف سهلة. وتتكون فقرات التنظيم الهرمى للمواقف كالتالى :

- قضاء بعض أوقات النهار فى التنزه مع المرضة فى مناطق هادئة خارج حدود المستشفى، حيث يسمح له بالكلام مع المرضة وليس مع الغرباء.

- الذهاب إلى كازينو مع الممرضة التى تقوم بطلب المشروبات وعلى المتلجلج تجنب الحديث مع الغرباء.

- التجول فى الأسواق التجارية مع الممرضة.

- الذهاب إلى الكازينو - كما سبق - ولكن هذه المرة يقوم المتلجلج بطلب المشروبات.

- يقوم المتلجلج بشراء الجرائد والمجلات مصطحبا الممرضة.

- السماح لأحد أصدقاء المتلجلج أن يزوره فى المستشفى لمدة نصف ساعة فى وجود الممرضة.

- قضاء بعض الطلبات من المتجر مصطحبا الممرضة.

- الرد على المكالمات التليفونية.

- القيام بعمل مكالمات تليفونية.

وبمرور الوقت تزداد المواقف من الأسهل إلى الأصعب، حتى يتم تنمية ثقته فى التعامل مع الآخرين، ثم يسمح له بالعودة إلى عمله على أن يقضى نصف الوقت مصطحبا الممرضة لمدة أسبوعين.

※ ※ ※

الفصل الرابع

البرامج العلاجية المقترحة

أولا: العلاج السلوكى

مقدمــة:

فى البداية ظـهرت كتـابات متناثرة في محـاولة لتطبيق مـبادئ التـعلم فى علاج الاضطرابات السلوكية فى العشرينيـات من هذا القرن، إلا أن تأثيرها ظل محدودا حتى الستينيات، ثم بدأ ظهور العلاج السلوكى كمنهج متكامل لعلاج الاضطرابات السلوكية، فظهرت مؤلفات عالم النفـس السوفيتى إيفان بافلوف Ivan Bavlov وإدوارد ثورنديك Edward Thorndike اللذان وضـعـا الأسـاس عن طريق تطوير المبـادئ والمفـاهيم والوسائل الخاصة بدراسة السلوك الإنسانى والحيوانى.

كما قـدم جون واتسون John Watson فى أوائل القرن العشـرين أيضا دراسات قيمة ثم تبعه إدوين جاثرى Edwin Guthrie وكلارك هل Clark Hull، حيث قدموا دراسات توضح أن البـحث العلمى يستطيع تنميـة الأساليب التى يمكن تطبيقـها لإعطاء حلول للمشكلات السلوكية، وبعد ذلك ظهرت دراسات سكينر Skinner التى كان لها تأثير عظيم فى مـجال الإشراط الإجرائى على برامج علم الـنفس الطبى والطب النفسى والتمريض والتعليم والعمل الاجتماعى.

وفى أوائل الخمسـينيات أدت دراسات سكينر إلى تطوير وسائل التطبـيق النظامية الخاصة بالاكتشافات المعملية للمشكلات الطبية Clinical Problems، وأثناء تلك الفترة كانت هناك مـحاولات مستقـلة أخرى وضعها جـوزيف فولب Joseph Wolpe عالم النفس من جنوب أفـريقيـا وهانزايزنك Hanz Eysenck عـالم النفس التجـريبى من بريطانيا وتلك الجهود الموازية تتقابل وتشمل سلسلة عريضة من الفلسفات متعددة الوجوه لوسائل العـلاج السلوكى، ولكن السـمة المميـزة الأساسيـة لهذه النظرية هى الـتحليل التجريبى وتقييم الأساليب العلاجية. (Berkowitz، ١٩٨٢: ١٩، ٢٠).

تعريف تعديل السلوك : Behavior Modification

يعرف لويس مليكة (١٩٩٠ : ١٢) تعديل السلوك على أنه « تعلم محدد البنيان يتعلم فيه الفرد مهارات جديدة وسلوكا جديدا، ويقلل من الاستجابات والعادات غير المرغوبة، وتزداد فيه دافعية العميل للتغيير المطلوب ».

مفهوم الشخصية من وجهة نظر المدرسة السلوكية

العادة من وجهة نظر المدرسة السلوكية هى محور شخصية الفرد، وهى بمثابة المفهوم الأساسى فى نظريتهم عن سلوك الفرد، فالشخصية هى عبارة عن مجموع العادات التى يكتسبها الفرد بالتعلم، بمعنى أن الشخصية هى تنظيم معين من تلك العادات وهذا التنظيم له وظيفتان :

الوظيفة الأولى : هى تحديد سلوك الفرد.

الوظيفة الثانية : هى أنه يعمل على تمييز شخصية الفرد بالمقارنة بغيره .

وفى إطار العلاج السلوكى تعتبر الأمراض النفسية تجميعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة، ويفترض أن هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا وضعت فى بؤرة العلاج وغيرت واحدة تلو الأخرى. (حامد زهران، ١٩٧٨ : ٢٥٦).

إطار العلاج السلوكى

العلاج السلوكى القائم على النظرية السلوكية يرى أن الفرد يكتسب السلوك السوى أو المرضي عن طريق التعلم أثناء عملية النمو، ووجهة النظر قائمة على النقاط التالية :

١ - يرى المعالج السلوكى أن سلوك الفرد متعلم ومكتسب، وبالتالى فإن السلوك المرضى (عصابا أو ذهانا) متعلم ومكتسب.

٢ - سلوك الإنسان سواء كان سلوكا مضطربا أو سلوكا سويا هو سلوك متعلم، ولكن نقطة الاختلاف بينهما، هو أن السلوك المضطرب سلوك غير ملائم أو غير متوافق.

٣ - أثناء عملية نمو الفرد يكتسب السلوك المرضى أو العادى نتيجة اقتران مثير معين باستجابة معينة، ونتيجة تكرار هذه الخبرة يحدث ارتباط شرطى بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.

٤ - إمكانية تعديل السلوك المتعلم سواء كان سلوكا مرضيا أم سلوكا عاديا.

٥ - كما يعتبر السلوكيون دوافع الفرد الفسيولوجية هى الأساس فى سلوكه لكن نتيجة حاجات الفرد النفسية يكتسب دوافع جديدة اجتماعية عن طريق

التعلم، وقد يكون تعلم هذه الدوافع غير سوى، ولكن قد يتم تعلم الدافع بطريقة غير سوية وتقترن بأساليب غير توافقية فى إشباعها.

هنا يكون احتياج الفرد لإعادة عملية التعلم بهدف تعديل أو تغيير السلوك المطلوب تعديله عن طريق العلاج السلوكى. (إجلال سرى، ١٩٩٠ : ١١٧، ١١٨).

أوضحت نظرية عضوية أن لدى المتلجلجين نوع منحرف من الإدراك السمعى والذى بواسطته يسمعون كلامهم بتأخير جزء من الثانية، وهذا الافتراض مبنى على ملاحظة أن المتكلمين الطبيعيين يلجلجون - غالبا - عند تأخر تغذيتهم المرتدة السمعية.

ويحدث الاضطراب فى الكلام عند الذين يتكلمون بطريقة طبيعية، وهذه الطريقة تعرف عادة بالكلام المرجأ الإعادة Delayed play back Speech، وتتم هذه الطريقة بتسجيل كلام المتكلم على شريط تسجيل، ثم يستمع هذا الفرد إلى التسجيل أثناء الكلام مع تأخير إعادة الكلام بحوالى من ٥ ,. إلى ٢ , ٠ ثانية، وهذا يؤدى إلى استماع الفرد إلى حديثه فى علاقة زمنية غير طبيعية مع صوته، وتكون النتيجة اضطراب عاداته الإدراكية، بالإضافة إلى اضطراب رقابته الذاتية على الكلام، فينتج عن ذلك تكرار نطق الحروف المتحركة وتكرار الكلمات والمقاطع ومن ثم حدوث اللجلجة.

وتتفق وجهة نظر كل من ف. ماير وإدوارد شيسر Meyer and Chesser (١٩٧٠ : ١٩٩٣) مع ماسبق، حيث يعتقدا أن تأخير عملية التغذية المرتدة السمعية تؤدى إلى تقطع واضطراب الكلام السوى لدى الفرد. وفى ضوء هذا قدمت فنية التظليل التى من خلالها يبدأ المتلجلج بتكرار كلام المعالج أو شريط تسجيل بصوت مرتفع متأخرا بكلمة أو اثنين، حيث تبين أن هذه الطريقة تعمل على كف اللجلجة.

كما يوضح وفاء البيه (١٩٩٤ : ١٦٢ - ١٦٣) وجهة نظره فى عملية تأخير التغذية المرتدة السمعية، حيث يرى أن السمع والكلام مرتبطان بعلاقات وثيقة ومتعددة، وأهم هذه العلاقات هو أن الأذن تقوم بتحليل حسى لفونيمات الكلام، ثم تزود المخ بإشارات شفرية لعناصر الكلام المسموع، هذا بالإضافة إلى أن الأذن تراقب جميع حركات الكلام مثل النطق، والتصويت الحنجرى، ونبرات الكلام، والتنغيم والتردد.

كما يقرر وفاء البيه أن إلغاء السمع من خلال إحداث ضوضاء مرتفع (إغراق الأذنين بالضجيج المرتفع)، يؤدى إلى فقدان المراقبة السمعية للكلام، ومن ثم فإن المتكلم يظن أنه لم يعد بالإمكان سماع مايقول، ويضطرب النطق لدى المتكلم العادى، أما بالنسبة لمن يعانى اضطرابا وظيفيا فى الكلام يحدث العكس تماما، ولهذا فإن استخدام هذه الطريقة مع المتلجلجين يجعلهم قادرين على الكلام بطلاقة ما دام أنهم لايسمعون أنفسهم.

ولقد جذبت هذه النظرية اهتمام كثير من العلماء، وكان أول من تناول مشكلة المراقبة السمعية هو (أوربا نتشيتش) وهو مايعرف الآن باسم تأثير لى (١٩٥١) فى تأخير التغذية المرتدة السمعية.

ويستطرد وفاء البيه موضحا خطوات الإجراء التجريبى لتأخير التغذية المرتدة السمعية وهى كالتالى :

- يتم تسجيل كلام المفحوص، وبمجرد مرور الشريط مباشرة على رأس التسجيل يمر على رأس تسجيلات أخرى، حيث تقوم بإعادة إصدار الكلام (بلاى باك) بمعنى إعادة إنتاج الكلام المنطوق مباشرة بعد التسجيل.
- يحدث تأخير نتيجة إعادة إصدار الكلام، وعادة مايكون التأخير الزمنى يتراوح مابين $\frac{١}{٥}$ - $\frac{١}{١٠}$ من الثانية، ويحدث التأخير نتيجة تغيير المسافة بين الرأسين المغنطيسيتين الخاصتين بالتسجيل وإعادة إصدار الكلام.
- نتيجة لإصدار الصوت المتأخر على المتكلم، يستمع المتكلم لصدى مستمر لكل ماقاله توا.
- حدوث تغييرات مؤثرة فى وظيفة الكلام الكلى نتيجة إلغاء المراقبة السمعية لدى المتكلم، وهذه التغيرات هى :
  - زيادة حدة الصوت.
  - تغيير فى رنين النغمة.
  - اضطراب النطق.
  - تشويه نبرات الكلام فى صفاتها اللحنية والإيقاعية.

وبناء على هذا يفترض أن عملية إخراج الكلام تحتوى على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة Feed back التى يراقب بها المتكلم صوته ويراجعه ويصححه، وعندما تتأخر التغذية المرتدة يحدث تكرار صوت الحديث، ثم يميل إلى الاستمرار لا إراديا.

تعتبر آليات التغذية المرتدة السمعية مرتبطة بنظام الجهاز العصبى، وهى تصل إلى الفرد من خلال الأذن أثناء الكلام، حيث تعطى إشارة لكى يتعرف على مدى توازن طبقة الصوت، ودقة التعبير، واختيار الكلمات الملائمة.

ويتم توفير نظام التغذية المرتدة السمعية من خلال الإحساس الذاتى Oceptive sense (الذى يمثل بواسطة جزء حسى موجود داخل أوتار العضلات والمفاصل أو أى أجزاء أخرى متحركة). (The New Encyclopedia Britannica, 1991 : 93)

كما قدم سترومستا Stromsta (١٩٥٩) دراسة بهدف التعرف على مدى الارتباط بين توقف الصوت وبين التحكم السمعى المتعلق بالحنجرة Larynx فعمل على إحداث اضطراب في سلوك الأشخاص الأسوياء عن طريق تأخير التغذية المرتدة السمعية الطبيعية.

ولقد توصل سترومستا من خلال دراسته للحالات التجريبية إلى أنه من خلال هذه الطريقة استطاع الأفراد الأسوياء (الذين يتكلمون بطريقة طبيعية) أن يتكلموا مثل المصابين باللجلجة خاصة فى الحروف المتحركة أثناء تشويه التغذية المرتدة السمعية حيث ظهرت توقفات كلامية (سكتات كلامية صوتية) Phonatory blockage تمشيا مع متغيرات فى طبقة ونوعية الصوت.

ولقد تساءل سترومستا بعد نجاحه فى إحداث الاضطرابات فى السلوك الكلامى لدى الأشخاص الأسوياء هل آلية السكتات blockage mechanism موجودة لدى جميع الأفراد، ثم لماذا تعد تلك الآليات أكثر استعدادا للاضطراب عند الأطفال المتلجلجين بالمقارنة بغير المتلجلجين.

وتكمن الإجابة فى الدراسة التي قام بها سترومستا على مجموعة من البالغين المتلجلجين وأخرى من غير المتلجلجين، حيث توصل إلى أن تأخر التغذية المرتدة الطبيعية Normal feedback delay لدى غير المتلجلين تبلغ ٥,٣ Msec، أما بالنسبة للمتلجلجين فوجدها تجاوزت ٠,٦ Msec فى ١٥٠ .Hz ، وبهذا وجد أن هناك فروقا واضحة بين المجموعتين.

والآن يتبادر إلى الذهن السؤالى الآتى :

ماهى التغذية المرتدة السمعية ؟

«التغذية المرتدة السمعية Auditory feedback هى سماع كلامنا أو نطقنا الذى يمكننا من أن نكيف شدته ووضوحه، وتظهر التجارب أن تأخير التغذية الراجعة

باستخدام أداة إلكترونية يؤدى إلى التهتهة، وتداخل الأصوات وتزايد الشدة، وتشويه نغمة الصوت، وإلى اضطرابات انفعالية لدى الأسوياء». (جابر عبد الحميد جابر وآخرون، ١٩٨٨ : ٣٠٦).

وبناء على ماتقدم نجد هناك وجهة نظر ترى أن الكلام والإدراك السمعى متكاملان بدرجة كبيرة داخل نشاط التغذية المرتدة السمعية لمراقبة الفرد لصوته.

ولهذا قام شيرى وسايرز (١٩٨٥ : ٣٧٦، ٣٧٧) بإجراء عدة تجارب من أجل التحقق من الفرض الذى يقول : إن اللجلجة تحدث بسبب اضطراب دورة التغذية المرتدة، والهدف من إجراء هذه التجارب هو التدخل فى إدراكات المتكلم من أجل إعاقة فعل الرقابة الذاتية (للتغذية المرتدة) الذى يعتمد على الإدراك السمعى للمتكلم.

وبإجراء هذه التجارب على أفراد يعانون من لجلجة مزمنة بواسطة استخدام بعض الفنيات للتدخل فى إدراكات المتلجلج، سيأتى شرحها فيما بعد، ولقد توصلا إلى نتائج طيبة. واستخلص شيرى وسايرز أن العيوب المسئولة عن حدوث اللجلجة عيوب إدراكية أكثر منها عيوب حركية.

الفنيات المستخدمة للتدخل فى إدراكات الفرد السمعية :

حسب الافتراض الذي يرى أن عملية إخراج الكلام تحتوى على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة السمعية التى يراقب بها المتكلم صوته ويصححه، وتحدث اللجلجة عندما تتأخر هذه التغذية المرتدة، حيث يتكرر الأصوات والمقاطع بصورة لا إرادية، ولهذا يعتقد أنه من الممكن أن تتحسن اللجلجة من خلال التدخل فى إدراكات المتلجلج السمعية لإعاقة فعل الرقابة الذاتية، ويتم هذا بطريقتين :

الطريقة الأولى :

هى إعاقة السمع عن طريق إحداث صمم للمتلجلج باستبعاد الصوت الوارد له سواء من خلال التوصيل الهوائى أو التوصيل العظمى.

الطريقة الثانية :

التدخل فى إدراكات المتلجلج السمعية وذلك بتحويل إدراكاته إلى مصدر للصوت مختلف عن صوته هو.

وسوف تتناول المؤلفة الحديث عن كل طريقة بالتفصيل.

أولا : كف سلوك اللجلجة عن طريق إعاقة السمع :

أجريت دراسات بهدف التعرف على العناصر السمعية التى تؤثر على آليات الانتباه Mechanisms of attention. حيث وجد أن المتلجلج يراقب صوته عن طريق التغذية المرتدة السمعية، وهذه التغذية المرتدة السمعية (التى تتحكم فى كلام الفرد) تأتى إليه من خلال :

١ - موجات صوتية عن طريق الهواء (مسارات التوصيل الهوائى) Air conducted sound.

٢ - أو مسارات التوصيل العظمى Bone-conducted sounds

وأجرى شيرى وسايرز (١٩٨٥) هذه التجارب للتعرف على أى المسارات التى تؤثر فى إدراك المتلجلج لصوته فتم استبعاد الصوت الذي يأتى عن طريق مسارات التوصيل الهوائي عن طريق سد أذن الفرد لإعاقة الصوت الواصل إليه عن طريق الهواء.

وفى التجربة الثانية تم استبعاد الصوت الذى يأتى إليه عن طريق التوصيل العظمى بواسطة نقل ضجة مصطنعة عالية Loud Masking Noise وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم فعالية استبعاد الصوت عن طريق مسار التوصيل الهوائى بالمقارنة بمسار التوصيل العظمى الذى أدى إلى كف اللجلجة بالكامل.

وقد أوضحت تلك النتائج أن الكلام غير العادى بين المصابين باللجلجة مرتبطة بتأخير التغذية المرتدة السمعية التى تتأتى عن طريق مسارات التوصيل العظمى bone-conduction path-ways وليست تلك الآتية عن طريق مسارات التوصيل الهوائى Air conduction path-ways. (بيتش وفرانسيلا Beech & Fransella، ١٩٦٨ : ١٦٥).

ويتحدث شيرى وسايرز (١٩٨٥) عن مدى أهمية الطبقة الصوتية المراقبة حيث يفترضا أنه لكى يستطيع الفرد أن يتحكم في اللجلجة، فإنه من الضرورى أن تحجب عنه النغمات ذات التردد المنخفض جدا على اعتبار أن سماع المتلجلج لأشد نغمات صوته انخفاضا يؤدى إلى حدوث اللجلجة واستمرارها.

ومما يؤكد هذه النتيجة هو أن المتلجلج يصل إلى درجة منخفضة جدا من اللجلجة (درجة الكف الكامل للجلجة) وتكون لديه القدرة على إصدار بدايات فورية فى الكلام إذا تم إعاقة مسار التوصيل العظمى، ويتطلب هذا نغمات عالية لكى تحقق الحجب الكامل من إدراك المتلجلج لكلامه، إذ يترتب على هذا حجب أشد نغمات الصوت انخفاضا، أما إعاقة مسار التوصيل الهوائى فلم يؤد إلى كف اللجلجة بصورة واضحة.

ومما يؤكد أهمية إدراك الصوت الوارد عن طريق مسارات التوصيل العظمى هو ملاحظة اللجلجة التى تعمل صناعيا لدى الأفراد الأسوياء عن طريق تأخير التغذية المرتدة السمعية لديهم (باستخدام التسجيل الكلامى لهم ثم إعادته على مسامعهم أثناء الكلام)، حيث لوحظ أن الأصوات الواردة للأذن من مسار التوصيل العظمى تعد أخطر بكثير فى إحداث اللجلجة بالمقارنة بالصوت المماثل فى الارتفاع الوارد للأذن عن طريق مسار التوصيل الهوائى (عن طريق سماعات).

ولهذا استخلص من تلك الدراسات السابقة أن استبعاد الأصوات الواردة من خلال مسارات التوصيل العظمى يكون مشجعا جدا فى التحكم فى خفض درجة اللجلجة، حيث إن الطبقات الصوتية ذات التردد المنخفض يمكن للمتلجلج أن يدركها عن طريق مسار التوصيل العظمى، وبالتالى فإن لها أهمية كبرى في حدوث الشذوذ الإدراكى المرتبط بحدوث اللجلجة.

مارى شان Shane (١٩٥٥ : ٢٨٧، ٢٩٣) من العلماء الذين اهتموا بكف ظاهرة اللجلجة عن طريق إعاقة السمع، وإحداث صمم للمتلجلج باستبعاد الصوت المنقول إليه عن طريق مسارات التوصيل العظمى ومسارات التوصيل الهوائى وعمل مقارنة بينهما للتعرف على أيهما أكثر فعالية فى التأثير على رقابة المتلجلج الذاتية الصوتية.

ولقد أجرت دراستها على مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة، وتلقت المجموعة التجريبية الأولى إحداث ضجة صاخبة Masking noise تبلغ (db٩٥) decibels[١] بهدف إعاقة إمكانية استماع المتلجلج لصوته بصفة كلية، والمجموعة التجريبية الثانية تلقت ضجة صاخبة بواقع (٢٥ db)، حيث كان المتلجلج يستطيع سماع صوته لكن مع إمكانية استقبال مثير سمعى مناسب من الضجيج ثم طلب منهم قراءة قطعة معينة.

ولقد توصلت مارى شان Shane إلى أن النتائج واضحة، حيث تلاشت اللجلجة تماما مع وجود الضجة الحاجبة العالية بالمقارنة بالأخرى، ولكنها عزت هذا الفارق إلى

---

(١) Decibel وحدة لقياس التفاوت بين منسوب قدرتين أو طاقتين فى التفاوت بين شدتى صوتين (وحدة لقياس شدة الصوت) وهى تعادل عشر « بل ».

حقيقة أن المتلجلج كان لايستطيع سماع صوته فى وجود الضجة العالية، مما أدى إلى خفض القلق الذي نتج من مراقبة المتلجلج لصوته، حيث إن الإدراك السمعى المنبثق من صوت الفرد من المحتمل أن يساعد على زيادة قلق المصاب على كلامه، ففى غياب القدرة على الاستماع الذاتى فإن كل الأفراد يقررون أنهم يعتمدون على الدلائل الحركية العضلية، وأنهم يعانون أقل قدر من اللجلجة.

ثانيا : الوسائل المتبعة لتحويل إدراكات المتلجلج إلى مصدر للصوت مختلف عن صوته بهدف التدخل فى إدراكات المتلجلج السمعية؛ وذلك لإعاقة فعل الرقابة الذاتية من جانب الفرد هى :

١ - التظليل :

٢ - القراءة المتزامنة Simultaneous reading.

أولا - التظليل : Shadowing

حسب الافتراض القائل : إن عملية إخراج الكلام تحتوى على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة Closed - cycle feedback التى يراقب من خلالها الفرد صوته ويصححه، وعند تأخر التغذية المرتدة delayed feedback يتكرر الصوت بصورة لا إرادية، ومن الممكن أن تتحسن اللجلجة تماما عن طريق إحداث كف اللجلجة بالتدخل فى إدراكات المتلجلج عن طريق التحويل الإجبارى لإدراكات المتلجلج لمصدر صوت غير صوت كلامه.

والتظليل (أى محاكاة وتقليد كلام شخص آخر) هو عمل حركى قائم على المحاكاة فتكف اللجلجة؛ وذلك لأن هناك إمكانية أو احتمالا بأن إدراك الشخص يتحول بعيدا عن اهتمامه بصوته هو إلى مراقبة صوت المتكلم، ولايجد بعض المتلجلجين أية صعوبات فى الكلام عندما يشتركون فى الغناء الجماعى، وهذا يختلف عما يحدث فى عملية التظليل؛ لأن المثير هنا قد تم تعلمه (اكتسابه). (Espir & Gliford، ١٩٨٣ : ٩٥).

وتتم عملية التظليل بأن يقوم المعالج بالقراءة من كتاب بسرعة عادية بصوت مرتفع، يتبعه المتلجلج فى الحال، ويردد ماقاله المعالج بصوت مرتفع أيضا، وهذه الطريقة تعرف بفنية التظليل؛ وذلك لأن المتلجلج يكاد يكون فى ظل المعالج من خلال ترديده السريع لما يقوله المعالج على أن تكون مادة القراءة مناسبة لمستوى تعليم المتلجلج، وأن تتم القراءة بمعدل سرعة مناسب لكل من المتلجلج والمعالج، وإذا فقد المتلجلج أى كلمة أثناء الترديد - فيجب ألا يتوقف ويتابع الكلام بلا انقطاع.

ويرى بهرث راج Raj (١٩٧٦ : ١٦٠) أن هذه الإجراءات تبدو صعبة التنفيذ في بداية الجلسات العلاجية لكن تنخفض هذه الصعوبة بتتابع الجلسات، ويضيف راج Raj أن طريقة العلاج هذه تستحق مابذل فيها من جهد، وذلك من خلال تسجيل للسكتات الكلامية Speech blocks التى تظهر كل خمس دقائق، حيث وجد أن هذه الطريقة تعتبر طريقة فعالة ومجدية لعلاج حالات اللجلجة من خلال خبراته العلاجية.

ويرجع شارلز هيلى وسوزان هاو Healey and Howe (١٩٨٧ : ٤٩٤) التحسن الذى يطرأ على كلام المتلجلجين أثناء ممارسة فنية التظليل للعوامل التالية :

- تغيير التوقيت الزمنى للكلام.
- تنظيم إيقاع الكلام.
- انخفاض التغذية المرتدة السمعية.
- عدم وضوح المعنى الصريح لقطعة التظليل.
- التغيير الذى يطرأ على طبقات الصوت واستمرارية النطق.
- سهولة صياغة الجمل للكلام المظلل.

كما يعتقد شيرى وسايرز (١٩٨٥ : ٣٧٨) أن وسيلة التظليل تساعد المتلجلج أو حتى تجبره على تحويل إدراكاته السمعية Aural perception تحويلا جزئيا - بعيدا عن صوته هو - أى المتلجلج - إلى صوت متحدث آخر. خاصة أن المتلجلج لاتكون لديه فكرة عن مضمون الكلمات التى ينطقها أو تكون فكرته غامضة عنها، مما يساعد على إجبار المتلجلج على تحويل إدراكاته إلى مصدر الصوت الذى يكون مختلفا عن صوته هو.

ويضيف شيرى وسايرز أن وسيلة التظليل هى عملية محاكاة حركية تتحقق بصورة تثير الدهشة، وهناك أفعال محاكاة شائعة عند الإنسان، مثل السير فى خطوة منتظمة مع الجماعة أو تبعا لنغمة موسيقية أو تلاوة الصلوات فى تآلف مع المصلين، كل هذا يتم عن طريق المحاكاة، لذلك يفترض أن الكلام يعتبر نوعا من هذه الأنشطة باعتباره وثيق الصلة بهذه الأفعال.

كما استخدم أوبراى يتس Yates (١٩٧٠ : ١١٦) طريقة التظليل مع الذين يعانون من حالة لجلجة حادة Sever Stuttering حيث كان المتلجلج وهو يتكلم بصوت مرتفع يتبع متحدثا آخر، ولقد تمكنوا من تحقيق سرعات كلامية متزايدة High speaking speeds.

كما وجد يتس Yates أنه كان يحصل على النتائج نفسها إذا استخدم شريط تسجيل، أو عن طريق استخدام صوت متحدث المذياع كمتكلم ضابط.

ولقد أجرى شارلز هيلي وسوزان هاو Healey and Howe (١٩٧٨ : ٥٠٥) مقارنة بين مجموعتين من الأفراد المتلجلجين وغير المتلجلجين للتعرف على أثر استخدام فنية التظليل مع كل منهما، ولقد أدى استخدام فنية التظليل مع غير المتلجلجين إلى تقطع واضطراب فى الطلاقة اللفظية هذا، بينما حدث العكس تماما مع المتلجلجين حيث أظهروا قدرة على الكلام تكاد تقترب من الطلاقة العادية.

ثانيا : القراءة المتزامنة Simultaneous reading

قدم شيرى وسايرز (١٩٨٥ : ٣٨٠، ٣٨١) هذا الأسلوب لعلاج اللجلجة أيضا فى محاولة لعمل تحويل لإدراكات المتلجلج ومراقبة أصوات كلامه هو إلى أصوات كلام المعالج، وتتم هذه الطريقة بأن يقرأ كل من المتلجلج والمعالج القطعة نفسها الموجودة أمام كل منهما، ولقد وجد أن غالبية المتلجلجين يستطيعون القراءة بطلاقة وبلا تعثر، وقد لايحتاجون إلا لثوان قليلة من التدريب حتى يستطيعوا القيام بها فورا.

ولقد أثبتت التجارب التى قام بها شيرى وسايرز نجاح أسلوبى التظليل والقراءة المتزامنة، مع عينة عريضة من المتلجلجين فى ظل ظروف مختلفة، حيث كانوا يمثلون بيئات مختلفة كما تنوعت مجالات حياتهم وكذلك تاريخ كل حالة، حيث كانت متباينة أشد التباين.

برنامج العلاج بالتظليل

- المقدمة
- الأهداف العامة للبرنامج.
- الأهداف الإجرائية.
- العلاقة العلاجية.
- أدوار المشاركين فى تنفيذ البرنامج العلاجى.
- البيانات التى تحصل عليها المؤلفة قبل بداية الجلسات.
- تفصيل ماتم تناوله فى الجلسات العلاجية.
- متابعة نتائج تطبيق البرنامج العلاجى.
- مثال توضيحى.

مقدمة:

ترى المدرسة السلوكية أن شخصية الفرد عبارة عن تنظيمات أو أساليب سلوكية متعلمة وتكون ثابتة نسبيا، بالإضافة إلى أنها تميز الفرد عن غيره من الناس.

ويركز أصحاب النظرية السلوكية علي مفهوم العادة على أساس أنها تعبر عن الارتباط بين المثير والاستجابة، وأن هذه العادات متعلمة ومكتسبة وليست موروثة، وبالتالى فهى تعتبر تكوينا مؤقتا وليست ثابتة، وعلى هذا فإن بناء الشخصية يمكن أن يتعدل ويتغير.

والعلاج السلوكى - كما سبق ذكره - يعتبر أن الأمراض النفسية ماهى إلا تجميعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة. ولهذا يفترض السلوكيون أن هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا وضعت فى بؤرة العلاج حتى يتم تغييرها واستبدالها بعادات سلوكية سليمة. (حامد زهران، ١٩٧٨ : ٦٢ - ٦٣).

وإذا انتقلنا إلى المدرسة السلوكية لنتعرف على وجهة نظرها فى السبب المؤدى لحدوث اللجلجة نجد أنهم يعتبرون أن اللجلجة شكل من أشكال السلوك التى يكتسبها الفرد بالتعلم، وسوف نستعرض آراء أصحاب النظرية السلوكية - كما ذكرنا آنفا - بشىء من الاختصار، ولهذا يرى وندل جونسون Johnson (١٩٥٥) أن اللجلجة لاتصبح لجلجة حقيقية عند الطفل إلا عندما يصبح واعيا ومدركا بقصوره اللفظى، بمعنى

أن حدوث اللجلجة يكون غالبا - مرتبطا بتوقع الفرد لها وحين يتوقعها يخاف الكلام ويرهبه ويصبح متوترا ويتلجلج بالفعل، وهكذا يجد الفرد نفسه يدور فى حلقة مفرغة لايعلم أين طرفها. وبتكرار تلك العملية فى المواقف الاتصالية التى تتطلب من الفرد التواصل اللفظى مع الآخرين مما يعمل على تعزيز اللجلجة وتدعيمها نتيجة اقتران الحالة الانفعالية للفرد من توقع وقلق وخوف من حدوث اللجلجة.

كما أن ويسكنر Wischner (١٩٥٢) ركز على أثر التوقع Anticipation effect ، حيث افترض أن هناك ميكانيزما واحدا تشتمل عليه عملية التوقع، بمعنى وجود بعض الدلائل والإشارات التى ترتبط بموقف كلامى معين أو بالكلمات، وبظهور هذه الإشارات تعمل على استثارة القلق والخوف لدى المتلجلج وتحدث اللجلجة. (Beech and Fransella ، ١٩٦٨ : ٦٥ - ٦٧).

ويذكر فان رير (١٩٦٠) أن مظاهر اللجلجة يتم تدعيمها عن طريق التقدير الخطأ من جانب المتلجلج حيث يخلط بين نوعين متعاقبين من السلوك على أن أحدهما السبب والآخر نتيجة، حيث يجد المتلجلج، أن المظاهر المصاحبة للجلجة من ارتعاشات وتقلصات فى عضلات الوجه، وكل تلك الأشياء التى تسبب له ألما شديدا تنتهى بمجرد نطق الكلمة، وبالتالى يهدأ الخوف والذعر الذى يتعلق بهذه الكلمة، ونتيجة لانخفاض نسبة القلق والخوف يستنتج المتلجلج - أن سلوك الصراع الذى يتبعه هو الذى يعمل على انخفاض القلق الذى يعانى منه، ومن ثم يقرر بكل وضوح أنه لابد وأن يكرر هذا السلوك لكى يتغلب على نوبات التشنج ويحرز انطلاقا من القلق. (Berry and Ei-senson، ١٩٥٦ : ٢٧٤، ٢٧٥).

وحسب وجهة نظر أصحاب المدرسة السلوكية فى أن السلوك المضطرب هو سلوك متعلم ومكتسب، لذلك فهم يعتبرون - وكما سبق ذكره - أن اللجلجة سلوك مكتسب ومتعلم نتيجة اقتران مثير معين هو ظهور القلق والخوف والتوقع، إذ غالبا مايقترن بحدوث اللجلجة مما يعمل على تدعيم وتعزيز سلوك اللجلجة، ومع تكرار تلك الخبرات يحدث ارتباط شرطى بين المواقف الاتصالية التى تتطلب من الفرد الكلام من أجل التواصل اللفظى مع الآخرين وبين حدوث اللجلجة، مما يساعد على تدعيم وتثبت هذا السلوك المضطرب، ولقد قدم العلاج السلوكى الكثير من الفنيات التى تعمل على كف سلوك اللجلجة مثل :

١ - الكلام الإيقاعى Rhythmic Speech .

٢ - التظليل Shadowing .

٣ - تأخر التغذية المرتدة السمعية Delayed Auditory Feedback .

٤ - الضوضاء الخفية Masking Noise .

٥ - تخفيض القلق Anxiety Reduction .

٦ - إعادة التدريب على العادات الكلامية السليمة Speech Habit Retraining .

٧ - التحصين التدريجي Systematic Desensitization .

ولقد سبق الحديث عن كل منهم فى الجزء الخاص بعلاج اللجلجة فى الفصل الثانى من الكتاب، وسوف يتضمن البرنامج العلاجى الحالى فنية التظليل كأسلوب من أساليب المدرسة السلوكية لعلاج حالات اللجلجة.

التظليل عبارة عن محاكاة وتقليد كلام شخص آخر، حيث يطلب فيه من المتلجلج أن يكرر بصوت مرتفع رسالة تقرأ بواسطة شخص آخر (المعالج) على أن يتم التكرار فى الحال بعد سماعها مباشرة (أى بفارق زمنى قدره ١/ ٥ - ١/ ٤ من الثانية). بحيث لايكون لدى المتلجلج فكرة مسبقة عن مضمون تلك الرسالة حتى يستمع إليها. وتتم عملية القراءة بالسرعة العادية (بحيث لاتتعدى كلمتين فى الثانية). (Healey and Howe، ١٩٨٧ : ٤٩٥).

ولقد استخدم شيرى وسايرز Cherry & Sayers (١٩٨٥) فنية التظليل - كما سبق ذكره - من منطلق الافتراض الذى يرى أن عملية إخراج الكلام تحتوى على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة السمعية التى يراقب المتكلم صوته ويصححه من خلالها وتحدث اللجلجة عندما تتأخر هذه التغذية المرتدة فتحدث التكرارات للأصوات والمقاطع بصورة لاإرادية.

ولهذا استخدم شيرى وسايرز فنية التظليل بهدف التدخل فى عملية التغذية المرتدة السمعية، حيث رأيا أن التدخل فى سير هذه العملية من الممكن أن يؤدى إلى تحسن فى درجة اللجلجة.

كما أن استخدام هذا السلوك جاء من منطلق إحداث نوع من الارتباط الشرطى بين مثير هو كلام المعالج والاستجابة (كلام المتلجلج) الذى يأتى بعد كلام المعالج مباشرة، وكأنه ظل له مما يؤدى إلى التحكم فى الإعاقة اللفظية (إيناس عبد الفتاح، ١٩٨٨ : ٤٩).

ولقد أوضحت الدراسات أن اللجلجة تنخفض بشكل ملحوظ لدى المصابين باللجلجة أثناء جلسات العلاج بالتظليل ومنهم شيرى وسايرز Cherry & Sayers (١٩٨٥)، شيرى وسايرز ومارلاند Cherry & Sayers & Marland (١٩٥٥) كيلام وماكهيل Kelham and Machale (١٩٦٦)، كونداس Kondas (١٩٦٧) فان ريبر Van Riper (١٩٥٩) ولقد وجدوا تحسنا ملحوظا فى درجة اللجلجة خلال جلسات العلاج

بالتظليـل، ويرجع شـارلز هيلى وسـوزان هاو Healey & Howe (١٩٨٧ : ٤٩٥) انخفاض درجة اللجلجة إلى بعض العوامل منها :

١ - قمع التغذية المرتدة السمعية.

٢ - تنظيم وتناسق إيقاع الكلام.

٣ - عدم وضوح المعنى الصريح للرسالة المظللة.

٤ - تغيير نموذج الصوت.

٥ - تسهيل الصياغة اللغوية.

ولقد وجد هيلى وهاو Healey & Howe أنه بالرغم من أن وسيلة التظليل تساعد المتلجلجين على أن يتكلموا بطلاقـة وسلاسة، إلا أنها تعمل على إعـاقة الكلام بطريقة واضحة لدى الأفراد الأسوياء (الذين يتكلمون بطريقـة طبيعية)، ويضيـف هيلى وهاو أن السبب فى هذه الظاهرة غير واضح، ولكنهما يفتـرضان أن الأفراد الأسوياء يعتمدون بشدة على التغذية المرتدة السمعية لتسجيل وتذكر الجمل اللفظية، فإذا ماحدث تدخل فى إدراكاتهم السمعية فإنه يساعد على اضطراب الكلام لديهم.

الهدف العام للبرنامج العلاجى :

وطبقاً لوجهة نظر المدرسة السلوكية فى الاضطرابات النفسية التى ترى أنها عادات سلوكية خاطئـة وأن الفرد يستطيع اكتساب السلوك السـوى أو المضطرب على حد سواء أثناء عملية النمو.

لذلك يرى العـلاج السلوكى إمكانية تعـديل السلوك المضطرب عن طريق تبـديل المثيرات القديمة التى أدت إلى إحداث السلوك المضطرب بمثيرات أخرى جديدة تعمل على إثارة استجابة جديدة (سلوك جديد).

ومن هذا المنطلق نجد أن الهـدف العام لهذا البرنامج العـلاجى هو تقديم أسلوب التظليل كـأسلوب علاجى نفسى يسـاعد الطفل المتلجلج علـى كف عادة (استـجابة) سلوكيـة متعلمـة والمتمثلة فى الاضطراب الكـلامى (اللجلجة)، وقد يسـاعد أسلوب التظليل على تحقيق الهدفين التاليين :

١ - التدخل فى إدراكات المتلجلج السمعيـة لإعاقة فعل الرقابة الذاتية من جانب المتلجلج، وهذا بناء عـلى الافتـراض الذى يقرر أن تأخيـر التغـذية المرتدة السمعية لدى الفرد يؤدى إلى حدوث اللجلجة (حتى لايشعر بتأخرها).

٢ - إحداث نوع من الارتباط الشـرطى بين المثير (صوت المعالج) والاسـتجابة (صوت المتلجلج) مما يؤدى إلى التحكم فى اللجلجة.

الأهداف الإجرائية :

يتضمن البرنامج أسلوبا من أساليب العلاج السلوكى، وهو أسلوب التظليل لعلاج حالات اللجلجة لدى أطفال المرحلة الابتدائية (الصفوف الثلاث الأخيرة) ومن أهدافه الإجرائية ما يلى :

- تدريب الطفل المتلجلج على استخدام أسلوب التظليل من خلال تدريبه على تكرار كلمات المعالج فورا.
- إعطاء فكرة لوالدى الطفل عن خطة العلاج ومواعيد الجلسات العلاجية.
- تدريب والدى الطفل على التدريبات المنزلية باستخدام أسلوب التظليل ليقوما بها مع الطفل فى المنزل.

الحدود الإجرائية للبرنامج العلاجى :

تم تحديد الخطوات الإجرائية للبرنامج العلاجى كما يلى :

١ - المجموعات العلاجية :

- تم تطبيق البرنامج العلاجى (بالتظليل) على مجموعتين قوام كل منها (٦) أطفال ممن يتراوح أعمارهم ما بين (٩ - ١٢) عاما، على أن يتم اختيارهم من بين هؤلاء الذين طبق عليهم مقياس لتقدير درجة اللجلجة، وذلك بغرض تحديد درجة اللجلجة لكل منهم.
- تم تطبيق المقياس الخاص بتحديد درجه اللجلجة بواسطة المؤلفة بصورة فردية حتى يمكن التعرف على استجابات المتلجلجين بصورة دقيقة.
- المجموعات التجريبية التى تتلقى البرنامج العلاجى بالتظليل هما مجموعتان تجريبيتان بواقع (٦) أطفال لكل مجموعة.

٢ - مكان التطبيق :

تم تطبيق الجلسات العلاجية للبرنامج فى قسم التخاطب بمعهد السمع والكلام بإمبابة.

٣ - عدد الجلسات :

تم تحديد عدد الجلسات بـ(٢٠) جلسة بواقع جلستين أسبوعيا، ويستمر العلاج لمدة (١٠) أسابيع.

٤ - الزمن المحدد لكل جلسة :

تراوحت مدة كل جلسة من (٣٠ - ٤٠) دقيقة.

٥ - التدريبات المنزلية :

بعد أن تم تدريب الطفل على استخـدام أسلوب التظليل، وبمجرد إتقان المتلجلج لكيفية استخدام فنية التظليل يكون هناك واجب منزلى باستخدام تلك الفنية بحيث يقوم بها الوالدان مع الطفل لمدة (٣٠) دقيقة يوميا.

٦ - العلاقة العلاجية :

يصف لويس مليكة (١٩٩٠ : ١٢٠) العلاقـة بين المعالج السلوكى والعمـيل بأنها علاقة عمل لتحقيق هدف مشترك مـتفق عليه؛ وأن النجاح فى تحقيق هذا الهدف يعتمد بشكل كبير على هذه العلاقة. لذلك فهو يؤكد على أهمية خلق جو من الثقة بين المعالج والعميل. حيث يتجـاوب المعالج مع العميل مؤكدا له أن يفهمـه ومع ذلك يتقبله تقبلا تاما غير مشروط.

لهذا يـتعين على المعـالج أن يعمل على خلق جـو يتسم بالود والألفـة منذ بداية الجلسات العلاجية (المقابلة) حتى لايشعـر الطفل بالتهديد، ويجد نفسه محاطا بالدفء والحب مما يساعد على تهيئة الطفل لأن يألف المواقف العلاجية.

هذا بالإضافـة إلى أن دور المعالج الأسـاسى هو وضع وتنفيذ خـطوات البرنامج العلاجى ومتابعة تحسن الطفل ليساعده على اكتساب العادات الكلامية السليمة.

أدوار المشاركين فى تنفيذ البرنامج العلاجى :

تعاون مع المـؤلفة بعض الأساتـذة المتخصـصين وذوى الخبـرة فى مجـال العلاج الكلامى بقسم التخاطب بمعهد السمع والكلام وهـم :

١ - أطباء الأنف والأذن والحنجرة.

٢ - الأخصائى النفسى.

٣ - أساتذة التخاطب.

ولقد تفضلوا مـشكورين بمعاونة المؤلفة فى تهيئة الظروف التى تـساعد على إنجاز الخطوات التنفيذية للبرنامج العلاجى.

البيانات التى تحصل عليها المؤلفة قبل بداية الجلسات :

تم تصمـيم استمـارة حالة بواسطة المؤلفة لكى تـساعدها فى التـعرف على بعض الجوانب فى حياة الطفل فى الماضى والحاضر وهى تتضمن :

أولا : - بيانات عامة عن الطفل.

- نوعية العـلاقات الموجودة داخل أسرة الطفل، سواء كـانت العلاقات بين الأم والأب أو بين الطفل وباقى أفراد الأسرة.

- نوعية علاقات الطفل بالآخرين داخل مجتمع المدرسة.
- الحالة الصحية للطفل والأمراض والعمليات الجراحية التى تعرض لها أثناء مرحلتى الطفولة المبكرة والمتوسطة.
- الأنشطة والهوايات.
- اضطرابات النوم.
- إصابة الطفل ببعض المشكلات النفسية.

ثانيا: - بيانات عن المشكلة (المرض).

تتضمن تاريخ ظهوراللجلجة وأسباب ظهورها والأحداث التى تزامنت مع حدوث اللجلجة والجهود العلاجية التى اتبعت من قبل لعلاج المرض.

ثالثا: بيانات خاصة بالوالدين وكيفية معاملتهم للطفل وتتضمن :

- الأسلوب المتبع لمكافأة أو عقاب الطفل.
- رد فعل الوالدين تجاه لجلجة الطفل المبدئية والثانوية.
- وصفا كاملا لأول موقف لاحظ فيه الوالدان لجلجة الطفل.
- وصفا لمشاعر الوالدين تجاه المواقف التى يتلجلج فيها الطفل.

تفصيل ماتم تناوله فى الجلسات العلاجية :

فى البداية قامت الباحثة باختيار الموضوعات التى تستخدم للقراءة مع أسلوب التظليل، وفضلت أن تكون من الكتاب المدرسى المقرر وبعض الموضوعات من القصص التى تتناسب مع سن أفراد العينة.

الجلسات التمهيدية :

تعتبر هذه الجلسة تمهيدية للبرنامج العلاجى، حيث خصصت لمقابلة الطفل من أجل جمع المعلومات عن الطفل باستخدام استمارة دراسة الحالة وإعطاء فكرة للطفل وللوالدين عن أسلوب العلاج، وكيفية استخدام الفنية العلاجية.

الجلسة الثانية :

تقدير درجة اللجلجة لدى الطفل عن طريق تطبيق :

١ - مقياس تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض اللجلجة.

٢ - مقياس تقدير شدة اللجلجة.

الجلسة الثالثة إلى السابعة :

- تم استخدام أسلوب التظليل مع الطفل، حيث تقوم المؤلفة بقراءة قطعة غير معروفة للطفل - على أن تكون القراءة كلمتين، كلمتين، ثم يكرر الطفل - فورا مع تأخير قصير جدا.

- وتطلب المؤلفة من الطفل ألا ينظر إليها، وإنما عليه أن يركز انتباهه فقط على مايسمعه.

- تتكون الجلسة من ثلاث فترات قصيرة تستمر كل واحدة ٤ - ٦ دقائق (قراءة بالتظليل) على أن تتخللها فترة راحة قصيرة ٤ - ٦ دقائق.

الجلسة الثامنة - وحتى الجلسة العشرين :

يكرر ماحدث فى الجلسات الخمس السابقة.

وبمجرد إتقان الطفل المتلجلج لكيفية استخدام فنية التظليل يكون هناك واجب منزلى باستخدام تلك الفنية بحيث يقوم بها أحد والديه (أو أحد الإخوة الكبار).

مثال توضيحى للعلاج بالتظليل

الجلسة الأولى :

اعتبرت المؤلفة الجلسة الأولى تمهيدية، حيث خُصصت لجمع المعلومات عن الطفل مستخدمة استمارة دراسة الحالة.

استمارة دراسة الحالة

أولا : البيانات العامة للحالة :

الاســـم : أ — الجنس : ولد

الســـن : ١٢ عاما — تاريخ الميلاد: ٧/ ١٩٨٠

الصف الدراسى : الخامس الابتدائى

عنوان السكن : شبرا - روض الفرج

التليفون (إن وجد) :

عدد الإخوة الذكور : ٤

عدد الإخوة الإناث : -

ترتيب الطفل بين الإخوة : الثالث

ثانيا : العلاقات الأسرية :

أ - العلاقة بين الأب والأم :

(متوافق - غير متوافق) الأب متوفى

ب - العلاقة بين الطفل والأم :

(رفض أو إهمال - **حماية زائدة** - تدليل - تسلط - **الأسلوب الديمقراطى**)

جـ- العلاقة بين الطفل والأب متوفى

(رفض أو إهمال - حماية زائدة - تدليل - تسلط - الأسلوب الديمقراطى)

د - العلاقة بين الطفل وإخوته

(الغيرة - الغضب - **سلوك عدوانى** - **الكراهية** - التعاون).

ثالثا : المدرسة وجماعة الأصدقاء :

أ - العلاقة بين المدرس والطفل :

(استخدام الثواب والعقاب - **نقد وتوبيخ** - إهمال ونبذة).

ب - العلاقة بين الطفل وجماعة الأصدقاء :

(التعاون - الغيرة والتنافس - **كراهية الزملاء**؛ لأنهم يسخرون منه دائما من طريقة كلامه).

جـ- المواد الدراسية التى يميل إليها الطفل هى :

الرياضيات

د - المستوى التحصيلى للطفل :

جيـــد

هـ- هل هناك مشكلات نفسية أو اجتماعية تعرض لها الطفل من قبل :

(١) المدرسين : إذا تلجلج الطفل أثناء الإجابة على أسئلة المدرس ينهره ويطلب منه الجلوس وينفجر الأصدقاء بالضحك عليه.

(٢) الأصدقاء فى المدرسة.

رابعا : الحالة الصحية للطفل :

أ - هل الحمل كان طبيعيا نعم

ب - هل الولادة كانت طبيعية **لا**

جـ- هل الرضاعة كانت طبيعية **نعم**

د - أهم الأمراض التى تعرضت لها الأم أثناء الحمل ؟ لايوجد

** ما الأمراض الجسمية التى أصيب بها الطفل فى سنوات عمره الأولى ؟

الإنفلونزا - والتهاب اللوز المستمر.

** ما العمليات الجراحية التى أجريت للطفل أثناء فترة طفولته ؟

جراحة استئصال اللوز.

خامسا : الأنشطة والهوايات :

أهم الأنشطة التى يميل إليها الطفل ؟

لعب الكرة.

سادسا : الأحلام واضطرابات النوم

أ - هل ينام الطفل نوما طبيعيا **لا**

ب - هل يشعر بالأرق دائما أثناء الليل **لا**

جـ- هل يعانى من الأحلام المزعجة (الكوابيس) **نعم**

د - هل هناك اضطرابات فى النوم **لا**

(نوم متقطع - مخاوف أثناء النوم)

سابعا : المشكلات النفسية :

- هل يشعر الطفل بالخوف والفزع من :

(الكلاب - القطط - **الظلام**)

- هل لديه مشكلات متعلقة بالأكل :

(**فقدان الشهية** - تقيؤ - إفراط فى تناول الطعام).

- هل لديه مشكلات متعلقة بعملية الإخراج :

(تبول لا إرادى - إمساك مزمن). لايوجد

- هل لديه بعض العادات السيئة.

(مص الأصابع - قضم الأظافر - لازمات عصبية)

لايوجد

ثامنا : بيانات عن المشكلة (المرض) :

- تاريخ ظهور اللجلجة.

منذ (٦) سنوات

- أسباب ظهور اللجلجة.

- إجراء جراحة استئصال اللوزتين .

- استخدم مع الطفل طرقا كثيرة لإجباره على استخدام اليد اليمنى بدلا من اليسرى، حيث يستخدم اليسرى فى الأكل والكتابة.

- نوع اللجلجة

توقفية

- الجهود العلاجية التى اتبعت من قبل : لاشىء.

- متى بدأ الطفل يتلجلج ؟

بعد إجراء عملية استئصال اللوزتين.

- ماهو الموقف الذى تلجلج فيه الطفل للمرة الأولى ؟

أثناء مشاجرات أفراد الأسرة.

- هل يوجد أحد فى الأسرة يعانى من اضطرابات كلامية أو لجلجة ؟

لايوجد

- هل يكتب الطفل باليد اليمنى أم اليسرى ؟

اليسرى

- متى بدأ الطفل ينطق كلماته الأولى ؟

فى بداية عامه الثالث

- هل أصيب الطفل بأى أمراض قبل حدوث اللجلجة مباشرة ؟

(حمى شوكية - إنفلونزا شديدة - حصبة)

أسباب أخرى التهاب اللوزتين المتكرر

- ماهى العمليات الجراحية التى أجريت للطفل قبل حدوث اللجلجة مباشرة ؟

(بشهر أو أكثر من شهر) : استئصال اللوزتين

- هل بدأ الطفل يتلجلج عندما لاحظ أن أمه حامل ؟ لا

- هل تزامنت بداية لجلجة الطفل مع ميلاد طفل جديد فى الأسرة ؟ لا

- هل بدأ الطفل يتلجلج عندما شعر برعب شديد (خوف) من شىء ما ؟

الخوف من إجراء الجراحة

- هل تزامنت بداية اللجلجة مع تغيير فى بيئة الطفل ؟

(انتقال من منزل لآخر) لا

- هل تزامنت حدوث اللجلجة مع سفر أحد الوالدين للخارج ؟ لا

- هل يوجد لدى الطفل أى عيوب كلامية أخرى ؟

(كلام طفلى - **تأخر فى الكلام** - إبدال الحروف - حذف بعض الحروف)

- فى أى من المواقف الآتية يشعر الطفل بالقلق من الكلام ؟

- **عندما يستثار.**

- عندما يسرع فى الإخبار عن حادثة ما.

- عندما يكون هناك بعض الضغوط الاجتماعية.

- أهم الأشخاص التى تزداد معهم درجة لجلجة الطفل :

الأخ الأكبر - المدرس - الأصدقاء بالمدرسة أثناء الشرح يطلب منه المدرس الإجابة عن سؤال معين وعندما يتوقف الطفل بسبب اللجلجة ينهره المدرس ويطلب منه الجلوس ينفجر زملائه فى الفصل بالضحك عليه ويقول الطفل: (أشعر برأسى تدور ويكاد يغمى علىّ وأكره نفسى).

بيانات خاصة بالوالدين وكيفية معاملتهم للطفل

(١) اسم الوالد (الأب) : .... المهنة : متوفى

(٢) اسم الأم : .... المهنة : مشرفة حضانة

(٣) ما المستوى التعليمى للأب : متوسط

(٤) ما المستوى التعليمى للأم : متوسط

(٥) ما الأسلوب المتبع لمكافأة الطفل ؟ : أحيانا النقود

(٦) ما الأسلوب المتبع لعقاب الطفل ؟ : الضرب والسب

(٧) هل كان الطفل مرغوبا فيه من قبل الوالدين ؟ : نعم

(٨) هل توجد لدى الأب أو (الأم) نزعة الإلحاح وروح التدقيق فى أمور النظافة؟ لا

(٩) هل تشعر بقلق شديد على صحة الطفل الجسمية أو النفسية ؟

الأم دائمة القلق على الطفل

(١٠) هل يكتب الطفل باليد اليمنى أم اليسرى ؟ وإذا كان يكتب باليسرى، هل أجبر على استخدام اليد اليمنى ؟ أم تم ربط يده اليسرى ؟

نعم أجبر على استخدام اليد اليمنى بعدة وسائل منها ربط يده اليسرى

(١١) حاول وصف أول موقف شعرت فيه أن كلامه غير عادى ؟

أثناء مشاجرة الأم مع ابنها الأكبر بعد وفاة الأب

(١٢) وبعد الملاحظة الأولية - ماذا كان تعقيبك عليها :

- قف وبالراحة. ✓
- توقف وشوف اللى غلطت فيه. ✓
- توقف وابدأ ثانية.
- تكلم ببطء.
- مساعدته فيما يقول.
- نهره بشدة أو ضربه.

(١٣) كم مرة كان هذا التعقيب يقال :

٥ - ٢٥ مرة يوميا

٥ - ٢٥ مرة أسبوعيا

٥ - ٢٥ مرة شهريا

لا أعرف ✓

(١٤) عندما يتلجلج الطفل - ماهى الحركات المصاحبة اللجلجة التى تلاحظها باستمرار ؟

- يضغط شفتيه.
- يغلق عينيه. ✓
- يخرج لسانه. ✓
- عينيه تصبح واسعة.
- يفتح فمه. ✓
- يهز رأسه. ✓
- يرمش بعينيه.
- يدير فمه إلى جهة واحدة.
- يدير وجهه.
- يدير رأسه إلى جهة واحدة.

(١٥) ما شعورك حيال هذه السلوكيات أو (رد فعلك تجاهها) ؟

- تكرهها بقوة.
- تشعر بالأسى حيالها. ✓
- عدم المبالاه.

(١٦) ما الطريقة المثلى فى رأيك للتغلب على اللجلجة ؟

- خفض التوتر لدى الطفل.
- إعطاؤه تدريبات كلامية. ✓
- تشجيعه على الكلام.
- خفض معدل الكلام.
- علاج نفسى.
- إتاحة الفرصة لزيادة ثقته بنفسه.
- الشخص يجب أن يتغلب عليها بنفسه.

- تحضير الكلام وترتيب الأفكار قبل التكلم.
- لانفعل شيئا يلفت انتباه الطفل.
- تكون صبورا مع الطفل.
- لاترغم الطفل على الكلام.
- إزالة الضغوط والإحباطات وحل الصراعات.
- الاهتمام بإشباع حاجة الطفل إلى الحب والحنان.
- تتجاهل اللجلجة تماما.
- لا يمكن التغلب على اللجلجة.

ملخص الحالة

العلاقات الأسرية :

علاقة الحالة بأمه تتسم بالحماية الزائدة، فى الوقت الذى تتسم علاقة الحالة بالأخ الأكبر (ولى أمره) بالقسوة والتسلط، هذا إلى جانب أن المناخ النفسى (خاصة بعد وفاة الأب) الذى يسود الأسرة يتسم بالاضطراب، ويتمثل هذا فى كثرة مشاجرات الأخ الأكبر مع الأم.

المدرسة وجماعة الأصدقاء :

يتضح من علاقة الحالة بزملائه أنها علاقة نقد وتوبيخ من جانب المدرسين، بسبب ضعف مستواه الدراسي، بالإضافة إلى عدم مقدرته على الكلام بسلاسة، أما علاقة الحالة بزملائه فتتسم بكثرة المشاجرات، كما أنه كثير العدوان عليهم بسبب سخريتهم من طريقة كلامه المعيبة، مما أدى بالحالة إلى كره المدرسة ورفضه الذهاب إليها.

الأحلام والنوم :

يعانى الحالة من الأحلام المزعجة والكوابيس.

العادات والمخاوف :

يعانى من عادة قضم الأظافر حتى الآن، ويشعر بالخوف من الظلام نتيجة لما يعانيه الطفل من مشكلة نفسية.

من خلال دراسة الحالة تعتقد المؤلفة أن العوامل التى أدت إلى ظهور اللجلجة هى تركيبة من عدة عوامل متشابكة عضوية ونفسية وبيئية، بالإضافة إلى أن هناك بعض العوامل المسببة للجلجة وبعضها الآخر أدى إلى رسوخ اللجلجة بل وانتقالها من المرحلة الأولى إلى المرحلة المتقدمة :

أولا : العوامل المسببة لظهور اللجلجة :

١ - عوامل نفسية :

ذكرت والدة الحالة أن الطفل كان طبيعيا ولم تكن لديه أى إعاقة كلامية، غير أنه عانى بعض الشىء من تأخر الكلام ثم بدأ يتكلم فى بداية عامه الثالث بصورة طبيعية.

وأضافت الأم أنها لاحظت بداية اللجلجة لدى الطفل عندما كان يبلغ من العمر (٦) سنوات، وبالتحديد بعد إجراء جراحة استئصال اللوزتين، حيث لم يمهد الطفل لإجراء الجراحة وإنما كان دخول المستشفى بغرض العلاج فقط، ولكنه فوجئ بدخول حجرة العمليات، ومع عملية الإجبار والشد من جانب الممرض المختص ورؤية غيره من الأطفال وهم يبكون ويصرخون، وتعبر الأم عن حالة الطفل بقولها: « بأنه كان مرعوبا ووجهه أصفر ولم ينطق بكلمة واحدة».

٢ - عوامل عضوية ونفسية :

كان الطفل يستخدم اليد اليسرى فى الكتابة والأكل أحيانا - وبالتالى تعرض لأنواع كثيرة من الضغط والعقاب بغرض استخدام اليد اليمنى بدلا من اليسرى، وهذا يؤدى بدوره إلى اضطراب فى مراكز الكلام بالمخ، ومن ثم اضطراب العملية الكلامية ولقد ذكر العلماء المختصون بأن عملية النطق تتضمن تآزرا بين نشاط عضلات مختلفة واقعة فى الناحيتين اليمنى واليسرى للمخ. فهى تتطلب نشاط نصفى المخ معا، وفى أغلب الأفراد تقع نقطة البدء لعملية النطق فى النصف الأيسر من المخ، (أى الذين يستعملون اليد اليمنى بمهارة) والعكس صحيح ولكن ضغط الوالدين على استخدام اليد اليمنى، إذا كان الطفل يستعمل أصلا اليد اليسرى، فإن هذا يؤدى إلى تنشيط مصطنع لنصف المخ الأيسر، بينما نصف المخ الأيمن هو الأنشط فى الأصل، ولذلك عند النطق يحاول كل من النصفين أن يبدأ سلسلة العمليات التى تقود النطق، وينشط النصفان معا، وتختل العلاقة الزمنية، ومن ثم تضطرب العملية الكلامية. (إيناس عبد الفتاح سالم، ١٩٨٨ : ٤٥، ٤٦).

ثانيا - العوامل التى أدت إلى رسوخ وتطور حالة اللجلجة :

١ - عوامل نفسية وبيئية :

بدخول الطفل للمدرسة تتطور اللجلجة إلى مرحلة أصعب من ذى قبل؛ وذلك نظرا لما تفرزه المواقف المدرسية للطفل من إحساس بالضغط والقلق، حيث إنه يشعر بأنه أدنى درجة من الآخرين.

ويعبر الطفل عن حالته أثناء الإجابة على أسئلة المدرس وعدم مقدرته على التحدث بطلاقة مثل باقى الأطفال خاصة عندما ينهره المدرس ويأمره بالجلوس وينفجر زملائه بالضحك والسخرية، من هنا تتجسد مدى حجم مشكلة الطفل فى كلماته «أشعر برأسى تدور ويكاد يغمى علىّ وأكره نفسى».

٢ - الجو النفسى المضطرب فى الأسرة ، والذى يتجسم فى كثرة المشاجرات بين أفرادها خاصة بعد وفاة الأب وسيطرة الأخ الأكبر وكثرة مشاجراته مع الأم، بالإضافة إلى اصطدام الطفل بالسلطة والذى يتجسد فى هذه الحالة فى الأخ الأكبر مما يساعد على ازدياد حجم مشكلة اللجلجة وتطورها من سيئ إلى أسوأ.

الجلسات العلاجية:

الجلسة الأولى:

خصصت لجمع المعلومات عن الطفل مستخدمة استمارة دراسة الحالة.

الجلسة الثانية :

خصصت المؤلفة هذه الجلسة لتطبيق المقاييس الخاصة بتقدير درجة اللجلجة لدى الحالة.

الجلسة الثالثة :

حضر العميل فى الميعاد الذى حددته الباحثة برفقة والدته التى أعادت على الباحثة الشكوى من العميل ومجملها كالآتى :

- رفض العميل الذهاب إلى المدرسة.
- كثرة تغيبه عن المدرسة بدون عذر أو سبب واضح.
- شكوى المدرسين من ضعف مستواه الدراسى.
- زيادة درجة اللجلجة عن ذى قبل.
- كثرة المشاجرات مع أصدقائه فى المدرسة وأولاد الجيران.
- الانطواء على نفسه فى المنزل - أثناء زيارة الأهل والأقارب.

ثم بدأت الجلسة بدخول العميل لحجرة العلاج ورحبت به المؤلفة، مع إشاعة جو يتسم بالألفة والتسامح، وجلس فى المكان المخصص له، أعادت المؤلفة شرح طريقة الأسلوب العلاجى (التظليل) للعميل، حيث اختارت قطعة القراءة المظللة - وطلبت من العميل أن يركز انتباهه فقط على مايسمعه، وأن يكرر وراءها مايسمعه بتأخير بسيط جدا، بحيث تأتى كلمة الطفل ظلا لكلمة المؤلفة، كانت القطعة تقرأ بسرعة منتظمة كلمتين، كلمتين، وتتم هذه العملية على ثلاث فترات بحيث تستمر القراءة بالتظليل فى كل فترة ٤ - ٦ دقائق.

تتكون الجلسة من ثلاثة تمارين قصيرة تستمر كل واحدة ٤ - ٦ دقائق، على أن يليها فترة راحة قصيرة استمرت الجلسة العلاجية من ٣٠ - ٤٠ دقيقة.

القطعة المظللة :

١٢- القاهرةُ قديماً وحديثاً

القاهرةُ عاصمةُ جُمْهوريَّةِ مصرَ الْعَرَبِيَّةِ، وكُبرى المدُنِ فى البلادِ العربيَّةِ فى الاتِّسَاعِ، وكَثْرَةِ السُّكَّانِ، وَمَاتَضُمُّهُ مِنْ أَنْواعِ النَّشَاط.

فى القَاهرة المساجِدُ العَتِيقَةُ والكنَائسُ الأثَرِيَّةُ والجَامِعَاتُ والمدَارِسُ والمتَاحِفُ والوزَارَاتُ، وفِيها الكَثيرُ مِنْ دُورِ الخَيَالَةِ (السينما) والمسَارِحِ ، وتَمْتَلِئُ شَوارِعُها بالسَّيارَاتِ والتِّرامِ وتَحْت أَرْضِهَا يَجْرى (المترو) وتَزْدحِم بالمتَاجِرِ، وَقَدْ أُقِيمَتْ فِيها (الكبَارِى) الْعُلْوِيَّةُ؛ لِتَيْسيرِ حَرَكَةِ المُرورِ.

وَلَيَالِيهَا أَضواءٌ سَاطِعَةٌ ذَات أشكَالٍ وأَلْوَانٍ، ولا تَزَالُ آثَارُها تَحْكِى لنا صُورةَ الْحَيَاةِ فى القَاهِرةِ القَدِيمة.

تَعَالَ نَعِشْ معَ الناسِ فى القاهرةِ القديمَةِ.

نعم: إنها أصغرَ مِنْ قاهرة اليوم. يحيط بها سور ضخم لحمايتها، للسور أبواب كبيرة؛ منها: (باب الفتوح) و(باب زويلة) وكلها موجودة حتى الآن، وكذلك بقايا السور. فى الداخل (أحياء) وشوارع متفرع منها حوار وأزقة. بعض الحوارى لها أبواب تغلق ليلا حرصا على الأمن، وكل حارة لها رئيس يعرف أهلها جميعا، اسمه (شيخ الحارة).

لقد وجدت المؤلفة أن العميل يلاقى صعوبة فى استخدام القراءة بالتظليل فى هذه الجلسة.

الجلسة الرابعة :

حضر العميل فى الميعاد المحـدد للجلسة، واستقبلته المؤلفة بالترحيب، بادر العميل بالسؤال التـالى : « هل أنا هأخف فعـلا من اللجلجة ؟» المدرس كل ما أتـكلم يقولى «روح أتكلم عدل الأول » وعبـر العميل عن كرهه الذهاب إلى هـذه المدرسة، بقوله : «أنا كرهت المدرسة دى وعاوز أروح مدرسة ثانية » بسبب أن أصدقاءه يسخرون دائما من طريقة كلامه، بل ويرفضون اللـعب أو الكلام معه، ولذلك هو يريد طريقة تخلصه من هذا العيب الكلامى، طمأنته المؤلفة إلى جدوى استخدام الوسـيلة العلاجية مع الالتزام بمواعيد جلسات العـلاج، وأن عملية علاج اللجلجة أو التخفف من حدتـها يأخذ وقتا طويلا نسبيا.

رأت المؤلفـة أن فى رغبـة العـميل فى التـخلص من اضطرابه عـاملا مـساعـدا للاستجابة للعلاج.

الإجراء : كما تم فى الجلسة السابقة.

الجلسة الخامسة :

وصل العميل متأخرا عن ميعاده، وقالت والدته : أنه لايريد أن يأتى إلى العيادة وحتى المدرسـة تغيب عنها لمدة يومين، فلما سـألته المؤلفة عن السبب، فقـال العميل : «أصل أنا باتعب لما بروح المدرسة ».

المؤلفة : كيف ؟

العـميل : « دائمـا أشعـر بدوخة فى رأسى وأنا فى المدرسـة، علشـان كده لازم أغيب».

يلاحظ أنه ذكر فـيما سبق - فى دراسـة الحالة - أنه كان يصـاب بالدوار عندما يسخـر منه أصدقائه فى الفـصل أو عندما يمنعه المدرس من إكـمال إجابتـه على الأسئلة الموجهة له.

ولكن المؤلفة شجعـته على الاستمرار فى الذهاب إلى المدرسة وحـضور جلسات العلاج بانتظام، كما شجعته على استذكار دروسه جيدا.

الإجراء : كما تم فى الجلسات السابقة.

الجلسة السادسة :

لـم يحـضـر العـمـيل إلا فى نهـاية الوقت المحـدد للجلـسـة لدرجـة أن المؤلفـة اعتقـدت أنه لن يحضر فى هذا اليوم، وعندما دخل العميل إلى الغرفة نظرت إليه المؤلفة ولكنه اعتذر وبادرها بالسؤال عن مدى أهمية مايفعل فى الجلسة العلاجية وهل تفيد حقا

فى إزالة إعاقته أو لا، وتمثل هذا فى قوله : « أصل أنا باجى كل مرة ومش حاخف يبقى آجى ليه »، كما عبر العميل عن حالته فى المدرسة من أنه يستذكر دروسه بجد ونشاط ولكنه عندما يجلس فى الفصل ويريد المشاركة فى الإجابة على الأسئلة لايعطيه المدرس الفرصة ويقاطعه قائلا : « اجلس كده الحصة حتخلص وأنت لسه ماخلصتش روح اتعالج وبعدين جاوب »، ثم يستطرد العميل « وبعد كده كل أصحابى يضحكوا على يبقى أروح المدرسة ليه، أنا باحس أن رأسى بتلف».

ولكن المؤلفة طلبت منه الاستمرار فى المذاكرة والذهاب إلى المدرسة قائلة : «إن اجتهادك فى المدرسة يساعدك على الثقة بالنفس وبالتالى التخلص من اللجلجة».

كما طلبت المؤلفة منه ألا يعمل على إخفاء لجلجته ولايهتم بآراء الآخرين فى ذلك؛ لأنها رأت أن هذا يساعده عن خفض الدافع الإحجامى للجلجة، ولكى يتعلم أن يواجهها ولايحاول إخفاءها، حيث إن هذا - على الأقل - يساعد على اختفاء المظاهر المرتبطة بحدوث اللجلجة مثل احتقان وتقلص عضلات الوجه التى تلفت إليه النظر بصورة أكبر من اللجلجة.

الإجراء : كما تم فى الجلسات السابقة.

الجلسة السابعة :

فى هذه الجلسة رأت المؤلفة أن تكثف من التدريبات على أسلوب العلاج بالتظليل، خاصة بعد أن تأكدت من إتقان العميل لاستخدام القراءة بالتظليل؛ لذلك طلبت منه القيام بتدريبات منزلية باستخدام أسلوب التظليل مع أحد الوالدين، لمدة ٣٠ دقيقة يوميا.

الإجراء : كما تم فى الجلسات السابقة.

الجلسة الثامنة :

حضر العميل فى ميعاد الجلسة المحددة، وبعد أن قابلته المؤلفة بالترحيب سألته عن الواجبات المنزلية وهل قام بتأدية التدريبات كما طلب منه بالضبط أو لا. ولقد أشار العميل أنه قام بالتدريبات بعض الأيام فقط.

ولاحظت المؤلفة أنه مازال لايثق بنفسه ولا بطريقة العلاج فهو لايتخيل أنه سيتخلص من عيبه الكلامى هذا.

ولهذا رأت المؤلفة ضرورة خلق جو يتسم بالألفة والتسامح، بل وتشجعه على أن يتلجلج بحرية، حتى تعمل على خفض الدافع الإحجامى فى محاولة لتقليل قلق العميل نحو عيبه الكلامى.

الإجراء : كما تم فى الجلسات السابقة.

من الجلسة التاسعة - حتى الجلسة السادسة عشرة :

جرت الجلسة وفق ماسبق دون تغيير يذكر، سوى أن العميل بدأ يلتزم بمواعيد الجلسات ويواظب على تأدية التدريبات المنزلية.

قلت نسبة غياب العميل عن المدرسة - ولكنه كان يتغيب أحيانا بحجة التعب أو المرض.

كان يذكر من حين لآخر - عدم جدوى وسيلة العلاج معه وأنه لم يشف من اللجلجة.

لاحظت المؤلفة أن هناك تحسنا طفيفا بدأ يطرأ على حالة العميل، حيث إنه لم يعد يذكر أن سبب تغيبه من المدرسة هو كرهه للمدرسة والأصدقاء ولكن هناك سببا آخر هو المرض أو التعب.

استمرار إجراءات جلسات العلاج - كما فى الجلسات السابقة - مع استمرار تشجيع المؤلفة على المواظبة على الذهاب للمدرسة يوميا.

الجلسة السابعة عشرة :

فى هذه الجلسة حضر العميل فى الميعاد المحدد، وجلس فى المكان المخصص له . وبعد ترحيب المؤلفة وسؤاله عن الواجبات المنزلية وبسؤاله عن مدى التزامه بالذهاب للمدرسة يوميا قال: « إنا بأروح المدرسة كل يوم، لكن لما باتعب أغيب، صديقى محمد بيقولى المدرسة مهمة عشان تتعلم ».

وعلقت المؤلفة « حسنا أنا مبسوطة منك جدا يا ـــــ أنت الآن أصبحت ممتازا ».

لاحظت المؤلفة أنها أول مرة يذكر فيها العميل كلمة صديقى، حيث إنه من العوامل التى كانت تبعده عن جو المدرسة هو كرهه لأصدقائه وسخريتهم منه، هذا بالإضافة إلى أنه يثق بهذا الصديق بدليل اقتناعه بكلامه.

الإجراء : كما تم فى الجلسات السابقة.

الجلسة الثامنة عشرة :

اعتاد العميل على الحضور فى المواعيد المحددة للجلسات العلاجية، كما اعتاد أيضا على تأدية التدريبات المنزلية بنظام، مع ملاحظة أن درجة اللجلجة لدى العميل بدأت تنخفض إلى حد ما.

الإجراء : كما تم فى الجلسات السابقة.

الجلسة التاسعة عشرة :

دخل العمـيل حجرة العلاج وقـد بدأ عليه الارتياح والسـرور وهو بعطى المؤلفة ورقة قائلا: « شوفي » لقد كانت ورقة اختبار في مادة اللغة العربية خاصة به وقد أحرز درجات عالية فـيه، شجعته المؤلفة : « بـرافو » أنت كده أصبحت فعلا ولداً مـجتهدا، قال العميل: « أصل أنا وصـاحبى محمد ذاكرنا كويـس بدرى قبل بداية الحصة الأولى وعشان كده احنا الاثنين جبنا درجات كويسـة قوى، وكمان المدرس مبسوط منى وخلى كل الفصل يصفق لى » شجعته المؤلفة : حسنا.

فاستطرد قائلا : « أنـا كويس فى امتحانات التحريرى لكن فـى الأسئلة الشفوى لسه بتلجلج شويه لكن مش مهم ».

لاحظت المؤلفة فى هذه الجلسة عدة نقاط :

- حرص العميل على الذهاب للمدرسة مبكرا.
- ظهور بداية تأسيس للعلاقات الاجتماعية متمثلة في مذاكرته مع صديقه.
- تلاشى إحساس العميل بالضيق والملل من الوجود فى المدرسة.

الإجراء: كما تم فى الجلسات السابقة.

الجلسة العشرون :

(هذه الجلسة تأخرت لمدة عشرة أيام لظروف الإجازة)

دخل العميل حجرة العـلاج مسرعا ومبتهجا - بعـد أن استأذن فى الدخول قبل ميعـاده بنصف ساعة - وبعد الترحـيب قال: « أنا عاوز أخلص بسرعة هنا عـشان عايز أرجع المدرسة تانى، وإن ماكنش عند حضرتك وقت بلاش الجلسة النهاردة ».

ولما سألتـه المؤلفة عن السـبب رد قائلاً : « أصل مـدرس الألعاب اخـتارنى مع خمـسة من الفصل فى فريق المدرسـة لكرة القدم وكل يوم لازم أتدرب فى الفسـحة مع بقية أصحابي - إيوه لازم فريقنا يكون أحسن فريق وعشان كده كل يوم لازم أتدرب مع بقية أصحابى دلوقت مقدرش أغيب عن المدرسة خالص ».

لاحظت المؤلفة عدة نقاط كانت مؤشرا لتحسن حالة العميل :

- تحسن واضح فى طريقة كلام العميل عن ذى قبل.
- شعور العميل بأهمية دوره فى فريق المدرسة (ثقة بالنفس).
- توطيد العلاقات الاجتماعية مع أصـدقائه متمثلة فى حرصه على التدريب مع أصحابه كل يوم.

- عدم اهتمامه بقصوره اللفظى قد تجلى وظهر فى عدم اهتمامه بجلسات العلاج التى شعر أنه لم يعد فى حاجة لها.
- حرصه على تحقيق ذاته كفرد له ذاته، وبدا ذلك فى رفضه فكرة الغياب من المدرسة.
- تلاشى الإحساس باليأس فى الشفاء النهائى من القصور اللفظى، على الرغم من أن اللجلجة لم تختف تماما - لكنها على الأقل خفت حدتها بشكل كبير عن ذى قبل، وهذا يعنى أنه اتخذ اتجاها موضوعيا نحو اللجلجة، أى أصبح متقبلا لذاته متقبلا لقصوره اللفظى دون حرج وظهر ذلك واضحا فى شيئين.

أ - تلاشى المظاهر الثانوية المصاحبة لحدوث اللجلجة مثل تقلص عضلات الوجه أو اهتزاز الجسم.

ب - أنه لايحاول إخفاء لجلجته والشعور بالحرج والخجل منها، ولم يعد مهتما بآراء الآخرين تجاه هذا الموضوع.

الإجراء : كما تم فى الجلسات السابقة.

القطعة المظللة:

٢١- كُلُّنَا رِجالُ الشُّرْطَةِ

أنت تعيشُ مع أُسرتك فى أَمْنٍ وسلامٍ، وتنامُ فى بيتِكَ هانئًا مُطْمئنًا؛ لأَنَّ هُنَاكَ عُيونًا لا تَنامُ، تَسهرُ على راحَتِكَ، وتُحافِظُ عَلَى أَمْنِ كُلِّ مُواطِنٍ.

إنَّهم رجالُ الشُّرْطة. أبناءُ مصرَ وحُماتُها. يَحْمُونَ المُدُنَ والقُرَى ويُحافظونُ على الأَرْوَاحِ والمُمْتَلَكَاتِ، ويُنظِّمون حَرَكَةَ المرُورِ، ويُعاوِنُون ضيوف مِصرَ، ويكْرِمونَهم، ويُرشدُونهم.

يساعدُون الضَّعيفَ، ويَعْطفون على الصَّغير، ويُجِيبُون المُسْتَغِيثَ ويتجولون فى شَوَارِعِ المُدُنِ والقُرى؛ لِحفْظِ النظام واسْتِقْرارِ الأَمْنِ.

يَسْتَعِينُون على عَمَلِهم بِأحْدَثِ الأسْلِحَة، وأحْدَث الأَجْهزَة العلْميَّة؛ فَتَراهُم يَحملون (أجْهِزةَ اللاَّسلْكى الحَديثَةَ) ويَرْكَبُون السَّيارات فى (دَوْرِيَّات) مُنَظَّمَةَ، أو يَرْكبون الدَّراجَات البُخَارِيَّةَ (الموتوسيكلات) ولا يَتَوقَّفُ نَشَاطُهم ليلا ولا نهاراً، فَهُم فى خِدْمةِ الشَّعْبِ فى كلِّ وقْتٍ وفى كُلِّ مَكَانٍ؛ حتَّى حُدودِ البلاد والمُسَطَّحَاتِ المائِيَّة.

❋ ❋ ❋

ثانيا: العلاج باللعب الجماعي غير الموجه

مقدمـة:

سبق أن ذكـرنا أن كثيرا من العلمـاء المهتمـين بدراسة اللجلجة قد أرجـعوا هذه الظاهرة إلى العوامل النفسية ذات المنشأ البيئي، ومنهم فيرى بلانتون Blanton الذى يرى أن العوامل النفسية تعد من الأسـباب المبدئية للجلجة، وأن الخوف الكامن لدى المتلجلج يمنعه من التحكم فى الأعضاء المستـخدمة للكلام؛ لذلك فهو يرى أن السبب يكمن فى الشعور واللاشعور للمتلجلج؛ ولهذا تكون اللجلجة أحد أعراض الاضطراب الانفعالى.

ويشبه فـيليب جلاسنر Glasner (١٩٦٢ : ٢٤١ - ٢٤٣) اللجـلجـة بالمرآة العاكسة التى تعكس لنا الاضطراب واختلال التـوازن العصبى والنفسى للفرد؛ ولذا فإن اكتشـاف طبيعة الاضطـراب هو أساس العلاج، ويتم عن طريق حل المشكلة الأسـاسية التى أثرت فى كلام الطفل، ويسـتطرد جلاسنر قائلا : إن مشكلة اللجلجـة بمثابة الجزء الظاهر فقط من جبل جليد عائم، بينمـا الخطر يكمن فى الجزء الأسفل منه، وباكتشاف هذا الجزء الخطر نجده يختلف من فرد لآخر كل حسب حالته.

وطبقا لوجهة نظر كارين هورنى Karen Horney (١٩٥٠) التى ترى أن الـقلق عامل أسـاسى وراء مشاكل الإنسان فى التـوافق والحياة السعـيدة، حيث يشعـر الإنسان بنفسه وحيدا بلا قيمة فى عالم يتصوره عدائى بالنسبة له، وعالم الطفل غالبا يتداخل مع عالم الوالدين ويرتبط بالمحيطين من حوله ذوى السلطة وعندما يشعر أنه بلا حول ولاقوة تنشأ صـعوبة فى التوافق مع هؤلاء المحـيطين بالطفل، ثم تنتشر إلى باقـى العـلاقات، ويؤدى هذا الشعور بالضعف إلى حـالة من الاعتمادية المزمنة Chronic dependency، حيث يصبح لدى الطفل خـوف من الانفصال Separation والوحـدة الذى يخلق لديه شكلا داخليا، وهذه الصورة قد تكون واقعية لكثير من الأسر التى لديها طفل متلجلج.

كما يقـرر فيليب جلاسنر Glasner (١٩٦٢) أن اللجلجـة من الممكن أن تنشـأ نتيجة لأسباب عضوية عصبية مما يجعل الطفل عرضة لاضطراب إيقاع الكلام، أو يكون بسبب، أو نتيجـة لضغط انفعالى Emotional stress الذى يؤدى إلى اضـطراب نظام الجهاز العصـبى المركزى، أو ضعف تزامن العمليات الخاصـة بآليات الكلام المعقدة، أو كلاهما. ويقول جلاسنر: إن كل هذا من الممكن أن يلقى الضوء على مشكلة اللجلجة، فكلنا نعلم أن التوتر (الضغط) يؤثر على عملية الكلام.

ولهذا يرى جلاسنر أن اللجلجـة تعنى كلمة مشكلة اتصالية ويبـدو ذلك واضحا فى الآتى:

فى إخفاق الطفل فى الاتصال على المستوى الاجتماعى مع الأسرة والأقران وعلى المستوى الأعمق تعتبر اتصالا بالاضطراب الداخلى سواء بسبب الاضطراب أو القلق، أو الغضب، أو كما يسمى بمنطقة صراعية Conflictual area.

وبناء على ماسبق نجـد أن علاج اللجلجة غالبا مـايكون تركيبة أساليب عـلاجية كلامية نفسية واجتماعية، والهدف من العلاج النفسى هو أن تساعد الطفل أن يعيد تقييم وبناء صورة الذات Self - image، وأن يتقبل ذاته كـفرد يستحق التقدير، فـالكثيرون يعتقدون أن صعوبات التعامل مع الأطفال تنبع من حقـيقة أنهم لايستطيعون التعبير عن مشاعرهم؛ لذلك يبـدو أن الطريقة الصحيحة لعلاج ناجح يـكون مبنيا على أساس نوع العلاقـة التى تتم بين الطفل والمعالج، حـيث -غالبا - مـايكون هؤلاء الأطفال كـبتت مشاعرهم، وحاجـاتهم الأساسية هى أن يمارسوا علاقة مبنيـة على أساس تقبل المعالج لهم، وإعطائهم الشعور بالدفء، وألا يكون ناقـدا لسلوك الطفل، إذ عندما يعلم الطفل أن المعالج مدرك لمشكلته وخوفه وقلقه وسلوكه السيئ ومع ذلك لايقوم بتقييم كل ذلك، هنا يحدث مانسميه بممارسة الخـبرة الانفعالية الصحيحة Corrective Emotional Experience، حيث يكتشف الطفل من خلالها أن الأفراد قد يتقبلونه دون شروط أكثر من والديه.

كما سبق وبينا أن باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩: ٩٥٣) من العلماء الذين أعطوا أهمية كبيـرة للعوامل النفسية، حيث ترى أن الطلاقة فى الحديـث تتحقق فى بيئة عائلية سليمة، حـيث يشعر الطفل أنه مقبول، أما التردد واللجلجة فتـأتى نتيجة للقمع الوالدى Parental prohibition، وأن البيئة التى ينشأ فيها المتلـجلج تعد مشابهة للبيئة التى تنمو عليها الأشكال العصابية.

لهذا فالمفروض أن تتضمن البيئـة مشاعر أصيلة من الحب والود والاحترام، حيث إن الطفل محتاج لأن يشعر أنه مرغوب ومحبـوب، فهو محتاج إلى أن يشعر بالانتماء، وأنه فى حالة حدوث نقص فى هذه المتضمنات فـإن حالة عدم الاتزان الانفعالى Emotional stirring تتولد لدى الطفـل ويشعر بالضـعف وعدم الأمان مع زيادة الشـعور بالإحباط.

ففى حالة الطفل المصاب باللجلجة، نجد أن مثل هذه العوامل البيئية تبدأ فى سن مبكرة بين (٣-٤) سنوات فتؤدى إلى ضـعف الأنا، وتتولد لديه القلق والشعور بالعداء،

وشعـور الطفل بالتهـديد وعدم الأمان فـيصبح عـاجزا عن تنظيم قواه الداخـلية بشكل مناسب ليعيد نظام شخصيته المضطربة.

لذلك تعتقـد باربارا دومينيك Dominick ظاهرة اللجلجة تعـد مشكلة معـقدة، لذلك فإن أية محاولة للعلاج ينبغى أن تكون مركبـة فى طبيعتها، فالعلاج الملائم ينبغى أن يتضـمن بحوثا ذات طبـيعة طبـية اجتـماعيـة نفسيـة وتأهيلية (أى عـلاج كلامى) فاللجلجة لاتعد اضطرابا منفصلا عن آلية الكلام Speech - mechanism ولكن كتعبير خارجى Out Word Exppression فهى خاصة بشخصية أكثر اضطرابا.

لذلك فالـعلاج الفعـال يجب أن يوجه نحـو مساعـدة الفرد المتلجلـج لأن يفهم مشاكله العـصابية وكيفـية وضع حلول لها إلى أن يصل إلى حل للصـراعات الداخلية، Underlying - conflicts، هذا بالإضـافـة إلى إعـادة تأهيل آليـة الكلام (تعـديل الكلام).

والهدف من العلاج هنا هو مساعدة المصاب باللجلجة ليس فقط فى التغلب على إعاقـته اللفظية، وإنما مـساعدته على أن يجـد نفسه كـفرد، وأن يتعـرف على الطاقات الكامنة بداخله، ويدرك ذاته الواقعية، ويدرك الطاقات الموجودة لديه من أجل الإبداع فى العمل من أجل الوصول إلى علاقات إنسانية أفضل، ومـساعدته إلى أن يتولى مسئوليته بنفسه.

فلقد تغيرت أهداف علاج اللجلجة عن ذى قبل، فقد كان الرواد الأوائل يهتمون فقط بعلاج الأعراض الأوليـة للاضطراب، أما الآن فيتجه العلاج نحو عـلاج شخصية المتلجلج ككل، والإنسـان ككل أى التركـيز على العمليـات النفسـية الداخليـة للفرد. (Dominick، ١٩٥٩ : ٩٥٩).

ويرى مصطفى فهـمى (١٩٦٥ : ١٢٥) أن النظريات التى ترى ظاهرة اللجلجة ذات منشـأ نفسى، هى أوسع النظـريات شيـوعا، وقـد اتضح من خلال دراسـاته على المتلجلجين أن من أهم أسـباب إصابة الطفل باللجلجة هو شعـوره بالقلق وانعدام الأمن أثناء مرحلة الطفـولة المبكرة، وهذا يأتى نتيجـة مناخ بيئى لايساعد الطفل على الـشعور بالتقبل والأمـان، مما يؤدى إلى انعدام الأمن عند الطفل، وتكون النتيجة قـيام صراعات انفعالية حتى يصبح تدريجيا الجانب الغالب فى تكوين الناحية النفسية.

وإذا أردنا التعرف على سمات شخصية المتلجلج فنجد بهرث راج Raj (١٩٧٦ : ١٥٩) قام بتطبيق قائمة إيزنك للشخصيـة على مجموعة من المتلجلجين، حيث توصل إلى أن المتلجلجين:

أ - لديهم درجة عالية فى الانطوائية والعصبية.

ب - المتلجلجون لديهم ميل للعصابية أكثر من العاديين.

جـ- العصابية الانطوائية كانت موجودة بين المتلجلجين أكثر من العاديين.

كما يتفق راج Raj مع وجهة النظر التى ترى أن اللجلجة ذات منشأ نفسى، حيث يقول : إن اللجلجة فى معظم الأحيان ترجع للعوامل النفسية إن لم تكن كذلك فى جميع الأحوال، فالفرد المتلجلج يتكلم بدون لجلجة عندما يكون بمفرده، أو عندما يتكلم مع الأطفال، أو الحيوانات الأليفة، وأيضا لايتلجلج عندما يغنى، أو يتلو قصة من ذاكرته، أى أن اللجلجة تنخفض عندما يكون المتلجلج فى حالة استرخاء.

ويرى تشارلز بيلمان Pellman (١٩٦٢ : ١٢١ - ١٢٣) أن الأساس فى علاج اللجلجة هو ألا يكون المعالج كميكانيكى فقط؛ لأن هذا الاضطراب الكلامى ليس معزولا عن الشخص الذى يعانى منه، فيجب تقييم طريقة العلاج فيما يتعلق بالشخص ككل، حيث تساعده هذه النقطة على عمل رؤية واضحة عن الطريقة التى سوف يفضل استخدامها فى العلاج، وأضاف أن هناك نقطة أساسية، وهى التصرف على مدى إدراك المتلجلج لذاته ومشكلته، فهو يعتبر ذلك بمثابة الحقيقة القصوى، فمن الضرورى أن يسمح المعالج للمتلجلج أن يتكلم بإسهاب عن مشكلته كما يراها هو، بل وكيفية مواجهتها وعلاجها، ويعتبر بيلمان Pellman أن هذا القصور اللفظى هو قصور تقريبى يحدث بسبب عدم تناسق أعضاء الجهاز الكلامى، وأن المحرك الأساسى له هو الخوف العميق المصحوب بالقلق ويعتبره الدافع، بل والمحرك لحدوث اللجلجة، فالمتلجلج يشعر بأن الخوف من أن كلامه سوف يفضحه كطفل، وغالبا مايكرر «إن الطفل ممكن أن يتكلم أفضل منى ها أنا رجل ناضج ولا أستطيع أن أفعل مايفعله الطفل بدون صعوبة».

وتتفق المؤلفة مع ماذهب إليه الباحثون فى أهمية استخدام العلاج النفسى المتمثل فى هذه الدراسة فى العلاج باللعب الجماعى - غير الموجه - لعلاج حالات اللجلجة لدى الأطفال.

نشأة العلاج باللعب :

يبدو أن العلاج باللعب قد نبع من محاولات تطبيق العلاج بالتحليل النفسى على الأطفال، ولقد كانت أهم أهداف العلاج الفرويدى هو استحضار الخبرات المكبوتة إلى حيز الشعور. واستخدم سيجموند فرويد Freud (١٩٥٥) اللعب فى علاج صبى صغير اسمه هانز Little Hans فى علاجه من حالات الخوف العنيفة من الخيول.

وتعتبر ميلانى كلاين Melanie Klein أول من بدأ التحليل النفسى للأطفال واشتقت وجهة نظرها من نظريات فرويد Freud الأصلية، ولقد استخدمت اللعب التلقائى كبديل مباشر عن التداعى الحر، حيث افترضت كلاين Klien أن أنشطة الطفل أثناء اللعب، وتعبيراته اللفظية أثناء اللعب كبديل مباشر للتداعى الحر الذى استخدمه فرويد فى علاج الكبار، وأطلقت كلاين على نظريتها تحليل اللعب Playanalysis حيث كانت تحاول وضع تفسيرات عميقة لسلوك الطفل من خلال لعبه الرمزى، وذلك بهدف الكشف عن الماضى وتقوية الأنا Ego بحيث يكون قادرا على محاكاة متطلبات الأنا العليا Super ego والهو Id.

واختلفت وجهة نظر أنا فرويد Anna Freud (١٩٤٦) مع ميلانى كلاين، حيث رأت أن اللعب لايكون بالضرورة رمزا لشىء معين بالذات؛ وذلك لأن الأطفال يقومون بالفعل بألعاب التخيل، لكن أن تحمل لعبة معينة معنى رمزى، وأن تكون هناك دوافع يعينها خلفه، فهذا أمر المفروض أن يؤيد بأدلة مأخوذة من بيئة الطفل، ومن خبراته الماضية، ومن خلال التعرف أيضا على رغباته وآماله ومخاوفه التى لايمكن التأكد منها إلا عن طريق التآلف مع الطفل واكتساب ثقته.

لذلك نجد أن استخدام أنا فرويد للعب لم يكن أساسيا فى العلاج، ولكنه جعله خطوة تمهيدية للعمل الحقيقى للتحليل النفسى؛ ولذلك استخدمت اللعب لإقامة علاقة إيجابية بين الطفل والمعالج على اعتبار أن تلك العلاقة أهم عامل فى العلاج. (Susan Miller ١٩٨٧ : ٢٧٢ - ٢٧٣).

ولقد كان لتطبيقات نظريات رانك Rank's theories عن العلاج باللعب بواسطة تافت وآلن Taft & Allen، حيث أدى هذا إلى تغييرات واضحة فى الأهداف والوسائل الخاصة بالعمل فى التحليل النفسى مع الأطفال، ووجهة نظرهم تتلخص فى أن المعالج تبعا لأسلوب رانك لم يسع لمساعدة المريض لأن يكرر سلسلة معينة من خطوات النمو، ولكنه يبدأ حيث يوجد المريض أثناء العلاج باللعب، وهذا يعنى هجرة التفسير الخاص بعقدة أوديب Oedipus Complex، وأكد تافت وآلن على الحاجة إلى مساعدة الطفل لأن يجد نفسه من خلال علاقته بالمعالج، حيث تعتبر ساعة العلاج خبرة نمو مركزة للطفل، فلقد يدرك الطفل تدريجيا كيانه الشخصى المستقل كمصدر للكفاح ويدرك ماله من قدرات خاصة به، وهنا نجد أن العلاقة العلاجية تبدو أقرب إلى نظرية العلاج المركز حول العميل Client-centered approach. (Dorfman ، ١٩٥١ : ٢٣٧).

العلاج باللعب المركز حول العميل :

قبل أن أتحدث عن ماهية العلاج باللعب المركز حول العميل، سوف أتطرق إلى النظرية الخاصة ببناء الشخصية، والتى بنى على أساسها العلاج باللعب، كما قدمتها فرجينيا أكسلين Axline (١٩٦٩ : ٩-١٤)، وهى وجود قوى فعالة داخل كل فرد تناضل باستمرار من أجل تحقيق الذات بصورة متكاملة، وقد تعتبر تلك القوى حافزا نحو النضوج والاستغلال والتوجيه الذاتى Self - direction وأنها تتمادى بقوة لتحقيق الكمال، ولكنها تحتاج إلى أرض خصبة، ولكى تنمى بناء جيد التوازن تماما مثل النبات الذى يحتاج للشمس والمطر والأرض الخصبة لكى يحقق أقصى نمو له، كذلك الإنسان فإنه يحتاج إلى حقه فى الاختيار ليكون ذاته، وأن نتقبل هذه الذات تقبلا تاما.

كذلك الإنسان فإنه محتاج لأنه يسمح له بتكوين ذاته وأن تتقبل هذه الذات تقبلا تاما من قبل الآخرين حتى يتقبل هو ذاته، كما أن له الحق فى أن يكون إنسانا تحفظ له كرامته منذ ولادته من أجل تحقيق وإشباع مباشر لهذا الحافز النامىGrowth Impulse.

أضافت أكسلين أن سلوك الفرد دائما يحدث بسبب حافز واحد، هو تحقيق الذات، وإن الدافع لسلوك الفرد بصورة عامة هو دافع تحقيق الذات تحقيقا كاملا، وإذا عطل هذا الدافع بسبب الضغوط الخارجية فإن هذا الدافع لايتوقف، وإنما يستمر بصورة متزايدة بسبب القوة المتولدة من التوترات الناتجة من الشعور بالإحباط، وإذا اصطدم الفرد بحاجز أو صعوبات منعته من التحقيق الكامل للذات فإنه يقيم مجالا من المقاومة والتوتر ويستمر الدافع نحو تحقيق الذات.

ويوضح سلوك الفرد أن إشباع هذا الدافع الداخلى عن طريق المجاهدة من أجل تحقيق مفهوم الذات فى عالم واقعى، أو يقوم بإشباع هذا الدافع عن طريق حجزه فى عالمه الداخلى حتى يستطيع بناء مفهوم عن ذاته بأقل قدر من الصراع، وكلما ازداد اتجاه إشباع الدافع نحو الداخل ابتعد الفرد عن عالم الواقع وازدادت صعوبة تحقيقه وأصبح هناك خطورة على الفرد.

وكذلك فإن مظاهر سلوك الفرد تعتمد على اندماج كل خبرات الماضى والحاضر والعلاقات الموجودة بينهما، ولكنها فى الوقت نفسه تتطلع إلى تحقيق هذا الدافع الداخلى الذى يستمر طالما توجد حياة.

وتستطرد أكسلين لتوضح لنا الفرق بين سلوك الفرد السوى والسلوك غير السوى، إذ عندما يقوم الفرد بتنمية ثقته بذاته بصورة إيجابية، يستطيع أن ينقل مفهومه عن ذاته من الظل إلى النور ويترتب على ذلك توجيه سلوكه بشكل واع وهداف عن طريق تقييمه

لذاته من أجل تحقيق هدفه فى الحياة، وهو التحقيق الكامل لذاته، ومن ثم يبدو سلوك الفرد فى هذه الحالة سلوكا سويا، ومن ناحية أخرى فإنه عندما يفتقر الفرد إلى الثقة بذاته الذى يساعده على تحديد هدفه بوضوح، ويحاول الفرد تحقيق هذا الدافع بطريقة غير مباشرة، وهو لايفعل إلا القليل أو لايفعل شيئا من أجل تحقيق الدافع فى الاتجاه البناء المستمر، وبالتالى يكون سلوك الفرد غير سوى، وتظهر الأنماط المختلفة للسلوك غير التوافقى مثل : الانسحاب والتعويض والتقمص والإسقاط، والنكوص، وأحلام اليقظة وغيرها.

وكل هذا يعد دليلا لمحاولة الذات الداخلية لتحقيق كامل لمفهوم الفرد عن ذاته (مفهوم الذات) لكى تحقق مفهوما كاملا للذات بطريقة لاشعورية، هنا يكون سلوك الفرد غير متسق مع المفهوم الداخلى للذات الذى ابتكره الفرد فى محاولته على التحقيق الكامل للذات، وكلما ازداد عزل سلوك الفرد عن مفهوم الذات كلما ازدادت درجة عدم التوافق، والعكس صحيح، فكلما زاد اتساق سلوك الفرد مع مفهومه عن ذاته كلما وجد مفهوم الذات تعبيرا خارجيا ملائما، ويكون السلوك متوافقا لعدم وجود الصراع الداخلى.

لهذا فمن الأمور المهمة أن نحاول خلق شعور لدى الطفل بالتقبل والحب، ومن ثم قبوله كفرد له قيمة عن طريق الحب والأمان والشعور بالانتماء.

والعلاج النفسى يساعد الأطفال المضطربين نفسيا على إكسابهم الشعور بالقيمة الشخصية، وبأنهم قادرون على توجيه الذات، وبأن لديهم القدرة على الصمود وتحمل مسئولية شخصياتهم الواعية وعلى تقبل أنفسهم تقبلا تاما.

كما يقرر كلارك موستاكس (١٩٩٠ : ٢٤) أن الثقة التامة التى يمنحها المعالج للطفل تكون ذات أهمية بالغة، حيث تنعكس هذه المشاعر على الطفل، ومن ثم يستطيع تأمل ذاته، وينظر إلى نفسه على أنه شخص ذو أهمية.

ويستطرد موستاكس موضحا أهمية شعور الطفل بالثقة فى نفسه حيث يساعده على ما يلى :

- اتخاذ قراراته بنفسه وتنفيذها.
- إظهار مشاعره ومعتقداته بوضوح فهو لايخاف منها.
- معرفة ماذا يريد أن يفعل، وماذا يمكنه فعله.
- الثقة فى مشاعره الخاصة.

تعريف العلاج باللعب Play therapy

«هو فنية من فنيات العـلاج النفسى يقـوم على أساس استخـدام اللعب بشكل مضبوط، وقد وضع هذه الفنية سولومون Solomon ، وفيها يقدم إلى الطفل مجموعة من الدمى ويشجع على أن يعـبر عن مشاعـره نحوها بما فى ذلك مشاعـر الحزن والألم والكراهية، وذلك على أساس نظرية مـؤداها أن العميل سوف يقبل خوفـه من انفعالاته بهذه الطريقة وأنه لن يكبتها بعد ذلك » . (جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفافى، ١٩٨٨ : ٤٨).

وتعتبر فيرجينيا أكسلين Axline هى أول من قدمت العلاج باللعب غير الموجه أو المركـز حول العميل، وقـدمت أكسلين تمييزا واضـحا بين العلاج باللعب غيـر الموجه وطرق العلاج باللعب الأخرى، فالعلاج باللعب يكون مـباشرا عندما يأخذ المعالج على عاتقه مسئوليـة التوجيه والتفسير، أما فى حالة العلاج باللعب غـير الموجه فالمعالج يترك مسئولية التوجيه إلى الطفل.

العلاج باللعب الغير موجه Non-directive play therapy

وتضيف فيرجينيا أكسلين Axline (١٩٦٩ : ١٦) أن العلاج باللعب غـير الموجه أنه كفرصـة تقدم للطفل لكى يخبر النمو فى ظل مناخ سليم وظروف جـيدة وحيث إن اللعب يعد الوسيلة الطبيعية لتعبير الطفل عن ذاته، فإن اللعب تكون الفرصة التى تعطى الطفل لكى يخرج مشاعره المتراكمة مثل التوتر والإحباط وعدم الأمان والعدوان والخوف وعن طريق إخراج هذه المشاعر إلى السطح تظهر وتـنكشف للطفل ويواجهها ويتعلم أن يتحكم فـيها أو يهجرها، عنـدئذ يتحقق الاسترخـاء الانفعالى ويبدأ الطفـل فى التعرف على ماالديه من قوة داخليـة ليكون إنسانا بحكم حقه الشخصى، يفكـر، ويتخذ قراراته بنفسه، أى يصبح فردا ناضجا نفسيا وبالتالى يستطيع تحقيق ذاته.

كمـا ينظر كلارك مـوستاكس (١٩٩٠) إلـى أن أسلوب العلاج باللعب يسـاعد الطفل على أن يشعـر بالحرية الكاملة فى التـعبير عن نفـسه بصورة واضـحة، وبأسلوبه الخاص به حتى يتمكن فى نهاية الأمر مـن أن يحقق الإحساس بالأمن والكفاية والجدارة ومن ثم تحقيق ذاته كإنسان.

وتـتـفق سوزانا مـيلر (١٩٨٧ : ٢٧٥) مع ماسـبق حـيث توضح وجهـة نظر مدرسـة العلاج غيـر الموجه التى ترى أن اللعب الحـر بدون أى توجيه من قـبل المعالج (الكبار) يعالج الاضطرابات الانفـعالية، ويقتصر دوره على تقبل الطـفل تقبلا تاما لكى

يساعد على خلق مناخ يتسم بالراحة والصداقة فيعامل الطفل بتسامح وعطف ويترك له حرية الاختيار لما يمارسه من أنشطة فى غرفة العلاج، فالمفروض أن يسمح المعالج للطفل بأن يفعل ما يشاء، حيث يفترض أن الطفل فى هذه الحالة سوف يخرج أثناء اللعب مشاعره المتراكمة، صراعاته، واندفاعاته غير المقبولة اجتماعيا، هنا تحدث عملية تطهير حيث إن تفريغ الانفعالات الموجودة لدى الطفل أثناء جلسات العلاج باللعب وفى مناخ يتسم بالطمأنينة والتقبل، كل هذا من شأنه أن يساعد على خفض مالدى الطفل من قلق يستطيع الطفل أن يتوافق مع المطالب الاجتماعية.

قواعد العلاج باللعب غير الموجه

يقدم كلارك موستاكس (١٩٩٠ : ٢٣-٢٧) إطارا مقترحا للعلاقة العلاجية بين الطفل والمعالج، حيث يرى أن أسلوب العلاج باللعب يرتكز على ثلاثة اتجاهات تعتبر دعامات أساسية يستند إليها العلاج باللعب وهى :

أولا : الإيمان بالطفل والثقة فيه

ويرى موستاكس أن صفة الإيمان بالطفل والثقة فيه لاتدرك بالحواس وإنما تم التعرف عليها من خلال المشاعر والأحاسيس، فمن خلال جلسات العلاج باللعب غير الموجه يستطيع الطفل أن يكون على وعى بالمشاعر التى يوجهها المعالج نحوه وبالتالى يستطيع استكشاف إذا كان هذا الشخص الآخر يثق فيه أم لا.

ويستطيع المعالج أن ينقل إلى الطفل الإحساس بالثقة فيه من خلال بعض التعبيرات والعبارات البسيطة مثل « هذا يرجع لك» أو «المهم أن تفعل ماتريده أنت وليس الآخرون».

ثانيا : تقبل الطفل :

يشتمل مفهوم التقبل على نقطتين وهما :

أولا : نشاط تفاعلى حقيقى بين الطفل والمعالج ويشعر الطفل من خلال هذا النشاط أنه متقبل تماما.

ثانيا : تواصل المعالج مع أحاسيس ومشاعر الطفل وإدراكاته ومفاهيمه ومعانيه الشخصية.

وهذا يعنى أن الطفل أثناء الجلسة العلاجية ومن خلال استخدامه وتعامله مع أدوات اللعب قد يرمز إلى أشياء فى حياته الخاصة مثل التعبير عن الكراهية والعداءة أو الخصومة هنا ينبغى على المعالج تقبل كل هذه الأشياء بل ويشجعه على اكتشاف مشاعره وانفعالاته وصراعاته إلى أقصى درجة ممكنة.

ثالثا : احترام الطفل :

ويشير موستاكس إلى أهمية احترام الطفل يستوجب الاهتمام، إنسان له الحق فى أن تحترم مشاعره بالإضافة إلى احتياج الطفل لهذا الاحترام فى هذه اللحظة بالتحديد.

وتبدو مظاهر الاحترام أثناء الجلسة العلاجية بمتابعة الطفل والاهتمام به من قبل المعالج ومحاولة فهم مشاعره وتعبيراته واحترام عادات الطفل وتكلفاته كجزء من شخصيته، وعلى المعالج أن يوصل الإحساس بالاحترام إلى الطفل.

ويستطرد موستاكس موضحا أن الاحترام يتجاوز التقبل بخطوة واحدة، حيث إن المعالج يضع فى اعتباره كل الوسائل والقيم والمشاعر والأحاسيس التى يكشف عنها الطفل أثناء اللعب ويوافق المعالج عليها ويتقبلها تقبلا تاما.

كما تحدثت فرجينيا أكسلين Axline (١٩٦٩) عن أهم القواعد التى توجه المعالج النفسى غير الموجه فى الجلسات العلاجية، وهى ترى أنه برغم ماتبدو عليه هذه القواعد من بساطة إلا أنها تتطلب من المعالج مهارة وأمانة من أهمها:

* يجب على المعالج أن ينمى علاقة مع الطفل تتميز بالصداقة والدفء.
* أن يتقبل المعالج الطفل كما هو تقبلا تاما.
* أن تتميز علاقة المعالج مع الطفل بالتسامح لدرجة يشعر فيها الطفل بالأمن النفسى، وبالتالى يستطيع أن يعبر عن مشاعره وأحاسيسه تعبيرا كاملا.
* أن يكون المعالج منتبها ويقظا لكى يتعرف على المشاعر التى يعبر عنها الطفل ثم يعكس هذه المشاعر بطريقة تكسب الطفل استبصارا بسلوكه.
* أن يكون لدى المعالج إيمان كامل بقدرة الطفل على حل مشاكله إذا ما أتيحت له الفرصة وبقدرته على تحمل المسئولية.
* ألا يحاول المعالج أن يوجه الطفل فى اختيار أنشطته فى أثناء عملية اللعب أو فى اختيار الأحاديث، فالطفل هو الذى يقود، والمعالج يتابعه.
* ألا يحاول المعالج الإسراع فى إنهاء الجلسات العلاجية، فالعلاج يتم بصورة تدريجية.
* أن يعمل المعالج على إقامة التحديدات التى يرى أنها ضرورية ولازمة للعلاج لكى يصل بالطفل إلى عالم الواقع، وفى الوقت نفسه يشعر بمسئوليته فى العلاقة العلاجية.

يتسق هدف العلاج باللعب الفردى مع هدف العلاج باللعب الجماعى، حيث إنهما يهدفان إلى عمل تغيرات فى البناء النفسى الداخلى للطفل من أجل الوصول إلى حالة من التوازن النفسى الداخلى.

وترى كاميليا عبد الفتاح (١٩٨٠ : ٢٠ - ٢٣) أن خبرة العلاج باللعب الجماعى توفر للطفل المجال لتحقيق الأهداف الآتية :

* يتعرف الطفل على ذاته وعلى العالم الذى يعيش فيه.
* يمنح الطفل الطمأنينة والأمن.
* إعطاء الطفل الفرصة لكى يستطيع التعبير والكشف عن ذاته الداخلية.
* إخراج مشاعر الإثم والخوف والكراهية إلى السطح والتعرف عليها ومواجهتها.
* التعبير عن حاجته الشديدة للتقدير والاستقلال والمكانة.
* إتاحة الفرصة لأن يفهم الطفل نفسه من خلال شعوره بالأمن.
* يستطيع الطفل استكشاف الألعاب، بالإضافة إلى استكشاف نفسه كما سيكتشف الآخرين.
* يمنح الطفل الفرصة لكى يقيم ذاته بالنسبة لواقعه.

ومن خلال الخبرة التى يوفرها العلاج باللعب الجماعى من اكتشاف الذات وعلاقتها بالآخرين واتساع حدود الذات، بعد ذلك يكون لدى الطفل القدرة على تقبل واحترام ليس ذاته فقط بل واحترام الآخرين أيضا، كما يتعلم الطفل أن يكون إنسانا بحكم حقه الشخصى وفردا ناضجا يستخدم الحرية بمفهوم المسئولية.

كما يتحدث س. سلافسون Slavson (١٩٥٦ : ٢١٩) عن مدى أهمية العلاج باللعب الجماعى بالنسبة للأطفال الصغار (مرحلة ماقبل المدرسة)، حيث يستطيعون الكشف عن مشاكلهم فى اللعب الإيهامى بالدمى، والصلصال، والحيوانات، والمكعبات، وعلى المعالج أن ينتهز الفرصة ليساعد الأطفال على فهم مشاعر الغيرة والخوف بأسلوب يتناسب مع عمرهم الزمنى.

أما بالنسبة لجلسات اللعب الجماعى مع الأطفال الأكبر سنا (٦ - ١٠ سنوات) والذين يشكون من مشاكل عصابية أكثر حدة، فيعتقد سلافسون أنه يمكنهم الاستفادة من عدة نقاط توفرها لهم الجماعة العلاجية وهى كالتالى :

- الأنشطة التى تمارسها المجموعة العلاجية.
- اللقاءات النشطة التى تتم بين أفراد الجماعة.

- المناقشات التى تتم بين الطفل وباقى أفراد الجماعة.

- أدوات اللعب المستخدمة خاصة التى تساعد الطفل على إخراج مشاعره العدائية.

المراحل الخاصة بعملية العلاج باللعب غير الموجه :

يقسم لويس جيرنى Guerney (١٩٨٣ : ٤٨، ٤٩) المراحل الخاصة بعملية العلاج باللعب إلى أربع مراحل كما يلى :

أولا : الجلسة الأولى :

الجلسة الأولى لها أهمية خاصة لدى المعالجين، حيث إن الإدراكات والانطباعات سيكون لها تأثير كبير فى دورة الأحداث العلاجية، فمثلا إذا شعر الطفل أن الغرض من تلك الجلسات هو تشكيله أو تطويره فإنه سرعان مايقيم دفاعات ليحمى نفسه من تهديد محتمل، لذلك من الأمور الهامة أن يبدأ المعالج ببذل قصارى جهده لكى يشعر الطفل بالدفء والود بأنه سيكون مقبولا تماما ومدعما، كما ينبغى أن يضع المعالج فى تقديره أنه سيتعامل مع أكثر الأطفال حساسية وخيالا، وأن يوجه استجاباته على هذا الأساس.

كل الأطفال تقريبا يتطلبون تفسيرا يسيرا عن ماهية جلسات اللعب، ولذا ينبغى أن يخبر الطفل بأن تلك غرفته الخاصة، وهذا وقته ملك له يقول فيه مايشاء، ويفعل تقريبا أى شىء يريده، وهذه العبارة هى بمثابة الحدود الخاصة بالطفل التى تحتاج لإرسائها من البداية فهى توضح للطفل أنه يستطيع اللعب بأية دمية يرغب فيها.

وبالنسبة للأطفال الصغار يقول المعالج : « يوجد دمية - طباشير - أطباق. . . إلخ ممكن أن تلعب بما تريد، سأكون هنا على هذا الكرسى، ويمكن أن تتكلم معى عندما تريد».

ثانيا : الجلسات المبكرة :

وفى الجلسات المبكرة سوف يكتشف الطفل بعض الأمور الواقعية لجلسات اللعب مثل :

١ -اكتشافه للمعالج كصديق.

٢ -كما يكتشف وضعه هو بالنسبة لهذه البيئة الاجتماعية المختلفة.

فى هذه الفترة يتم اختبار الحدود والسلوك العدوانى الذى قد يظهر، أما الأطفال التابعين Dependent أو الخائفين قد يترددون فى البداية للدخول فى أنشطة اللعب، ولا

ينبغى علـى المعالج أن يرجع هذا التردد إلى أن الـطفل يحتاج لتـوجيه الكـبار ليلعب، ولكن الطفل فى هذه اللحظة يفـتقـر إلى الموارد التى تؤهله للعب وحده بـدون تدعيم، فالطفل يحـتاج لأن يعرف أن الكبـار لن يقيموه أو ينتـقدوه، فإذا كـان الطفل ممن يساء معاملتـه بواسطة الكبار فقد يكون مـن الضرورى أن نمهد ببعض الألعاب مـعه فى تلك الفترة المبكرة ويتساهل مع المعالج بشكل ملائم.

وفى الفترة الخـاصة بهذه الجلسات المبكرة فإن المعـالج يعمل على أن ينى للطفل هويته الذاتية عن طريق إظهـار اهتمام المعالج بهم وإشعـارهم بذلك، فإذا كان الطفـل يلعب بصمت مـثل أن يرسم ويلون بالألوان، فينبغى علـى المعالج أن يظل مهتـما به، ويعلق على نشاطه هذا مع أن الطفل قد لا يقول شيئا فيقول مثلا: « أنك تفكر فعلا فى اللون الذى ستستخدمه فى تلوين هذا الجـزء » أو « لقد قررت أن تستخدم الأسود لهذا الجزء ».

الجلسات الوسطى:

فى هذه المرحلة يبدأ الطفل فى تأسيس علاقة مع المعالج تتسم بالثقة والاسترخاء، ويبدأ مظاهر السلوك العدوانى فى الظهور وتتبع بقدر كبير من التغييرات اللفظية للسلوك النكوصى regressive behavior مثل التحـدث بطريقة الطفل الصغيـر أو اللعب مثل الأطفال الصغار والقيام بعملية الرضاعة للدمى ولأنفسهم أحيانا.

ونجد كثيـرا من اهتمامات الأطفال فى هذه المرحلة تتعلق بكيفـية رعايتهم للطفل الرضيع والرغبة فى أن يهتم بهم كأطفـال صغار من قبل المعالج، وفى هذه المرحلة تبدأ عملية التعرف الجاد على الشخصـية ونمو تقبل الذات يبدأ فى اتخاذ مكانه، فهنا نجد أن اتجاهات المعالج التى تتسم بالتقبل التام والاتجاهات غير الناقدة كان لها تأثيرها.

الجلسات الأخيرة:

تميل الجلسات الأخيرة لأن تكون أكثر واقعية، فبالرغم من استمرار اللعب بالدمى واللعب الخيـالى لكنه توجد بعض العنـاصر الواقعـية مثل مظاهر السـلوك العدوانى لن تختفى تماما ولكنها تنخفض إلى معدل ضعيف ونـسيان الإحباط من قبل الطفل، فالطفل الذى كان لايـحتمل أن يـتقبل الـهزيمة أثـناء اللعب ويغش ليكسب أصبح قـادرا على الضحك عند الخـسارة، وقد يتمـادى ويساعد المعالج علـى أن يكسب، وهنا يتضح لنا الفارق بين السلوكيات الاجتماعية والسـلوكيات المضادة للمجتمع فى هذه النقطة.

ويرى فيليب جلاسنر Glasner أن العلاج باللعب يعـتبر من الأساليب المفـيدة لعلاج حالات الـلجلجة، فهو يعـتبر مدخلا عـلاجيا نفسـيا يساعد المعـالج على تفهم مخاوف الطفل وقلقه وأوهامه (خيالاته)، ويتيح للطفل مجالات يسمح له بالتعامل مع هذه المشاعر وأن يعيد تقييم شخصيته على مستوى يضمن له الراحة.

كما أن مجرد اهتـمام المعالج بمشكلة الطفل من خلال مشاركته الـفعالة له يساعد على تأسيس علاقة إيجـابية، وبالتالى تعمل على زيادة مفهـوم الطفل عن كفاءته الذاتية Self-Worth عندئذ يشعر الطفل بذلك ويقول لنفسه: « هاهو رجل يهتم بى، أنا لابد مهم أكثر مما أعتقد».

لذلك فمن الأمور المهمة أن ينمى المعالج علاقـة جيدة مع الطفل أكثر من اهتمامه بمشكلة اللجلجة نفـسها، ويعتـقد جلاسنر Glasner أن العـلاج الناجح مع الأطفـال المصابين باللجلجـة مبنى على أساس نوع العـلاقة بين المعالج والطفل، حيث إن غـالبا مايكون هؤلاء الأطفال محكومين dominated ومكبوتين inhibited إلى الدرجة التى تكون فيها حاجتهم العظمى هى أن يمارسوا علاقة الجزء الأساسى فيها نحو تقبل المعالج لهم، فلابد ألا يكون المعالج بأى حال من الأحوال ناقدا لسلوكيات الطفل ومشاكله.

وعندما يعلم الطفل أن المعالج مدرك لمشكلته وخـوفه وقلقه وسلوكه السيئ ولكن لايقوم بتقييم كل ذلك، فـقد يحدث مايسمى بالخبرة الانفعاليـة الصحيحة corrective emotional experience حيث يكتـشف الطفل أن الناس يقبلونه دون شرط أكـثر من أبويه.

وأثناء جلسات العلاج باللعب يعطى الطفل الحرية الكاملة للتعبير عن مشاعره بل ويشجع لأن يعـبر عن الغـضب أو أى مشاعـر أخرى، مثل أن يعطى الـطفل العدوانى الفرصة لكى يعبر عن مشاعره العدوانية وتبدو أهميته فى الآتى :

١ - يتم التحرر من التوتر العصبى.

٢ - لايوجد العقاب المعتاد لمثل هذا السلوك فى مكان آخر.

هنا يكتسب الطـفل خبرة جديدة، وهى أن هـناك من الكبار من لايعاقـبونه على أخطائه مثل الآخرين. (فيليب جلاسنر Glasner، ١٩٦٢ : ٢٥٢ - ٢٥٤).

وتتفق وجهة نظر واكابا Wakaba (١٩٨٣) مع ماسبق، حـيث لاحظ من خلال إجراء تجـاربه على الأطفـال المتلجلجين أثناء جلسـات العلاج باللـعب الجماعـى ظهور اللجلجـة بعد مظاهر الـسلوك العدوانى بين الأطفـال؛ وذلك لأن الطفل المتلجلج كـان

يشعر بتقبل من جهة المعالج، وبالتالى يختفى القلق ويتصرف على طبيعته خاصة مظاهر السلوك العدوانى تبدأ فى الظهـور، حيث استطاع الطفل قمع مشاعـر الخوف والإحباط عن طريق إظهار سلوكـه العدوانى الناتج عن شعـوره بالأمن والاستقـرار النفسى، ومع إدراك الطفل لهذه المشاعـر بدأت العلاقات الاجتمـاعية التفاعليـة فى التأسيس، ويرجع واكابا Wakaba حدوث اللجلجة إلى مظاهر السلوك العدوانى واللعب التعاونى مع بقية الأطفال؛ لأن فى هذه المرحلة من العلاج - المرحلة المتوسطة من العلاج - مايريد الطفل قوله يصبح واضحـا، وبالتالى يشعر بالراحة أثناء هذا التفاعـل اللفظى مع بقية الأطفال المتلجلجين الذين يمتلكون نفس المقدرة اللفظية عندما يلعبون مع بعضهم البعض.

وبذلك فسر واكابا سـبب انخفاض درجة اللجلجة لدى الأطفال فـيما بعد - إلى إحساس الأطفال بالراحة النفسية المتـمثلة فى مواقف العلاج باللعب الجماعى، بالإضافة إلى انخفاض نسبة الخوف النفسى من الكلام مع الآخرين.

أهمية اختيار العلاج النفسى لمعالجة حالات اللجلجة:

من خلال استعراض المؤلفة لآراء المهتمين بدراسة ظاهرة اللجلجة سواء من حيث الأسبـاب المؤدية إلى حدوث اللجلجة أو الأسـاليب العلاجيـة، فلقد وجدت أنه غـالبا ماتكون العوامل النفـسية ذات المنشأ البيـئى هى المسببة لظاهرة اللجلجـة، بالإضافة إلى ارتباط ظاهرة اللجلجة بالشخصية المضطربة.

ولهذا وجدت المؤلفة أنه من الضرورى استـخدام العلاج النفسى باللعب الجماعى للأسباب الآتية :

١ - المتلجلج غـالبا مايتـملكه الخوف من كـلامه ويشعـر بأن اضطرابه الكلامى سوف يفضحه كطفل.

وهذا متلجلج يقول : « ها أنا ذا رجل كبيـر ولا أستطيع أن أفعل مايفعله الطفل الصغير فهو يتكلم بطلاقة ».

٢ - التـوقع والقلق الـذى يتـملك المتلجلج من حـدوث اللـجلجـة فى المواقف الاتصـالية، حـيث ينتابه الشـعور بالقلق والخـوف؛ ومن ثم يتوقـع حدوث اللجلجة باستـمرار مما يؤدى إلى كره التواجد مع الجمـاعات والأصدقاء، بل أكثر من هذا يتحول هذا الكره إلى كره نفسـه والتحقير من شأنها.

٣ - اختفاء أو انخفاض درجة اللجلجـة عندما يكون المتلجلج فى حالة استرخاء نفسى ويظهر ذلك فى المواقف التالية :

عندما يغنى - أو يصلى - أو يلعب - أو يتكلم مع الأصـ ـ سنا - وأيضا عندما يتكلم مع الحيوانات.

٤ - الدراسات التى اهتمت بدراسة سمات شخصية المتلجلج أظهرت أن غالبية المتلجلجين لديهم درجات عالية فى الانطوائية والعصابية، كما يقرر مصطفى فهمى (١٩٦٥ : ١٢٥) أنه من أهم أسباب إصابة الطفل باللجلجة هو شعوره بالقلق وانعدام الأمن فى أثناء مرحلة الطفولة المبكرة، وهذا يأتى نتيجة مناخ بيئى لايساعد الطفل على الشعور بالتقبل والأمان، مما يؤدى إلى قيام صراعات انفعالية حتى يصبح تدريجيا الجانب الغالب فى تكوين الناحية النفسية.

٥ - غالبا مايحدث للأفراد الذين يتكلمون بطريقة عادية بعض اللجلجات الخفيفة فى المواقف التى تتميز بالإحراج الشديد (مواقف الغضب الشديد - الخوف من توقع عقاب بدنى - الشعور بالظلم).

وبناء على هذا ترى المؤلفة أن اللجلجة غالبا ماتكون مرتبطة بشخصية مضطربة، وتحتاج لعلاج نفسى بالإضافة إلى علاج كلامى، أما عن وجهة نظر المؤلفة فى مدى أهمية اختيارها للعلاج النفسى باللعب الجماعى - غير الموجه -، فتبدو فى النقاط التالية:

جلسة العلاج باللعب تساعد الطفل على التعبير عن مشاعر التوتر، الإحباط، عدم الأمن، الخوف، بل وتشجعه على التنفيس حتى يتم التحرر من التوتر العصبى.

* إتاحة الفرصة لكى يتعرف الطفل على مالديه من قوة داخلية ليكون إنسانا بحكم حقه الشخصى.

* إتاحة الفرصة للطفل لاكتشاف الذات، والذات فى علاقتها بالآخرين حتى يكون بمقدور الطفل تقبل ذاته واحترامها واحترام الآخرين.

* إشباع حاجة الطفل للتقدير والاستقلال.

أما أهم نقطة يوفرها العلاج باللعب الجماعى غير الموجه للطفل المتلجلج هو تقبل المعالج للطفل تقبلا تاما، لسلوكه، وتصرفاته السيئ منها والحسن، من خلال علاقة قائمة بين المعالج والطفل تتسم بالدفء والود، علاقة تقبل الطفل دون شروط. هنا تتغير نظرة الطفل إلى نفسه بالثقة فى ذاته، الثقة بأن لديه القدرة على تحمل المسئولية وعلى تقبل ذاته، وهذه نقطة يركز عليها كثيرا ممن اهتموا بعلاج اللجلجة مثل :

فرانسيس فريما Freema (١٩٨٢)، باربارا دومـينيك Dominick (١٩٥٩)، ميـريل مورلى Morley (١٩٧٢)، هوجـو جـريجـورى Gregory (١٩٨٦)، فـيليب جلاسنر Glasner (١٩٦٢)، واكابا Wakaba (١٩٨٣)، أورسولا شايدجر Scheidgger (١٩٨٧).

وحسب وجهة النظـر هذه نجد أنه عندما يتقبل المعالج الطفل المتلجلـج تقبلا تاما بمعنى تقبل قصوره اللفظى، وسلوكه العـدوانى، ومخاوفه، وقلقه، وسلوكه المضطرب، هنا سينظر الطفل إلى نفسه نظرة مختلفة عن ذى قبل ويقول : « وهاهو رجل يهتم بى، لابد أننى فرد مهم أكثر مما كنت أعتقد ».

وفى هذا يقرر فيليب جلاسنر Glasner (١٩٦٢ : ٢٥٤) أن الطفل عندما يعلم أن المعالج مدرك لمشكلتـه وسلوكه السيئ، ولايقوم بتقيم كل ذلك يحـدث له ما يسمى بالخبرة الانفعالية الصحيحة، حيث يكتشف الطفل أن الناس يقبلونه دون شروط أكثر من أبويه.

ومما لاشك فيه أن هذا يسـاعد الطفل على التعرف على مـالديه من قدرات كامنة لتحقيق ذاته، ويتقبل الطفل ذاته مع وجود قصوره اللفظى، ويساعده ذلك على التخلص من القلق والخوف والتوتر الذى يؤدى إلى حدوث اللجلجة.

وتولى فرجينيا أكسلين Axline (١٩٦٩ : ١٦) هذا الموضوع اهتـماما كبـيرا، فتقـرر أن غرفة العلاج باللعب أرض جيـدة الأساس يتمثل الأمـان فى هذه الغرفة على اعتـبار أن الطفـل هو أهم شخص فـيهـا وهو المسيطر على الموقف وعلى ذاته، حـيث لايوجد أحد يملى عليه مـايجب أن يفعله، ولايوجد أحد ينتقده فى أفـعاله، ولايقترح عليه، أو يقلقه، أو يتـدخل فى عالمه الخاص، فإنه فجأة يشعـر أنه هنا يستطيع أن يفرد جناحيه، يستطيع أن ينظر بتمعن إلى ذاته؛ لأنه يعتبر مقبولا تماما من قبل الآخرين.

وبذلك تمنح الفرصـة للطفل لكى يمارس النمـو فى أفضل الظروف، كـما يمنح الفرصـة لكى يتخلص من مـشاعره المـتراكمـة من توتر عصبى، الإحـباط، الضـياع، العدوان، الخـوف، الوحشة، الاضطراب. وعن طريق التـخلص من هذه المشاعر فـإنها تتكشف أمام الطفل ويواجهها ثم يتعلم أن يتحكم فيها أو يهجرها.

وبذلك يتحقق الاسترخاء الانـفعالى ويبدأ الطفل فى إدراك القوى الكامنة بداخله ليكون إنسانا بحكم حقه الشخصى يفكر لنفسـه، ويصدر قراراته الخاصة، ويصبح إنسانا ناضجا نفسيا، وهنا يتحقق للطفل إدراكه لذاته الواقعية.

برنامج العلاج باللعب الجماعى غير الموجه

مقدمــة :

يؤكد عــبد العزيــز القوصى (١٩٦١ : ٢٩) « أن اللعب عند الطفل هو مـيدان تعبيره ومسرح خيالاته، وهو الفرصة القـيمة التى يتصل فيها بما حوله ومن حوله، وهو العمل الذى يختبر فيه قوته وقوة غيره، وعن طريقه ينمو حسيا وعقليا واجتماعيا. وعن طريقه كذلك نجد نحن الكبار الفرصة الذهبية لفهمه ودراسته ».

ولهذا فلا غرو أن نرى كثيرا من العلماء والمهتمين بشئون الطفل قد أعطوا اهتماما كبيرا بهذا النوع من العلاج، حيث اعتبر أن اللعب هو الوسيلة الطبيعية لتعبير الطفل عن ذاته، وهو اللغة التى يتحـدث بها عن نفسه وطريقته فى التعـرف على العالم من حوله بالإضافـة إلى اعتـبار أنه الفرصـة التى تتاح للطفل لكى يكشف عن رغـباته وحـاجاته ومخاوفه.

ولقد استخدمــه سيجموند فرويد كما سـبق أن أشرت لعلاج حالات الخوف لدى الأطفال، كــما افترضت أيضــا ميلانى كـلاين أن نشاط الطفل أثناء اللعب بديل مبـاشر للتداعى الحر الذى استخدمه سيجمـوند فرويد فى علاج الكبار. ويتفق جان جروسمان وآخرون (١٩٦١: ٢١-٢٤) مع وجـهة النظر التى ترى أن اللعب يعـتبر وسيلة الطفل للتعبير عما فى نفسه حيث تـتاح له الفرصة.لكى يطلق العنان لمشاعره المتراكمة من توتر وحيـرة والشعـور بانعدام الأمن والعـدوان والخوف مما يساعـد على تحقـيق الاسـترخاء الانفعالى لدى الطفل.

ويستطرد جان جروسمان موضحا أهمية العلاج باللعب للطفل فى أنه إذا أتيحت الفرصة أمــام الطفل الذى يجد عنتا من انفعالاته ليلعب لعـبا تمثيليا، إذ يستطيع التـعبير عن هذه المشاعـر البغيـضة دون الشعـور بالندم أو الذنب مما يساعد عـلى توضيح تلك المشاعر المهوشــة لدى الطفل، ولقد أدرك سيجموند فرويد أن الطـفل لايكون باستطاعته التعـبير عــن مشاعــره تجاه الأشيــاء، لكنه لاحظ أن الطفل أثناء اللعب يستـطيع إظهار المواقف والحوادث المزعـجة ليعيش فـيها من جـديد، بالإضافة إلى أنه يستـخدم أدوات اللعب فى التعبير عن المشاعر المتعددة.

وتعتبر فرجينيا أكسلين Axline من العلماء الذين أعطوا اهتمامـا كبيرا لهذا النوع من العلاج، حيث تعتبر أول من قدمت العلاج باللعب - غير الموجه - أو المركز حول العميل، ولقد سبق للمؤلفة أن تعرضت لوجهــة نظر فرجينيا أكسـلين بطريقة مفصلة فى

الفصل الثانى من الكتاب، وسوف تقدم المؤلفة وجهة نظرها فى هذا الشأن، حيث رأت أن فرجينيا أكسلين أوضحت أن أهمية العلاج باللعب ينطلق من ثلاثة محاور رئيسية :

أولا : تقرر فرجينيا أكسلين Axline (١٩٦٩ : ١٥-٢٠) بوجود قوى فعالة داخل كل فرد تناضل باستمرار من أجل تحقيق الذات بصورة متكاملة، وتعتبر القوى حافزا نحو النضوج والاستقلال والتوجيه الذاتى، وهذا الدافع (القوى) يتمادى بقوة لتحقيق الذات ولكنه يحتاج إلى مناخ مناسب متطور يساعد على تنمية بناء جيد التوازن، بمعنى أن الطفل محتاج لمناخ بيئى يساعده على تحقيق الإشباع لهذا الدافع النامى، وأن يعطى الفرصة من أجل تكوين ذاته بطريقة واقعية وتقبلها من قبل المحيطين بالطفل حتى يستطيع هو تقبل ذاته؛ ومن ثم يعمل على تحقيق وإشباع لهذا الدافع.

وتعتبر جلسات العلاج باللعب هى الفرصة التى تمنح للطفل لأن يكوِّن ذاته ويتعرف عليها، ومن ثم يكتسب الشعور بالقيمة وبقدرته على توجيه ذاته بطريقة سليمة وبالتالى تقبل هذه الذات.

ثانيا : مواقف العلاج باللعب :

تعتبر فرجينيا أكسلين Axline أن العلاج باللعب يعتبر الفرصة التى تعطى للطفل لكى يخبر النمو فى أفضل الظروف، حيث إن اللعب يعتبر الوسيلة الطبيعية للتعبير عن الذات؛ ولأنه الفرصة التى تتاح للطفل لكى يتخلص من مشاعره المتراكمة من توتر عصبى وإحباط، وعدوان، وخوف، وصراع، وعن طريق إخراج هذه المشاعر إلى السطح فإنها تظهر وتنكشف للطفل ويواجهها ويتعلم أن يتحكم فيها أو يهجرها.

عندئذ يتحقق الاسترخاء الانفعالى، ويبدأ الطفل فى التعرف على مالديه من قوة داخلية ليكون إنسانا بحكم حقه الشخصى يفكر ويتخذ قراراته بنفسه، وبالتالى يستطيع تحقيق ذاته.

فتقرر فرجينيا أكسلين Axline أن غرفة العلاج باللعب تعتبر أرضا جيدة ذات مناخ مناسب، ويتمثل الأمان فى هذه الغرفة على اعتبار أن الطفل هو أهم شخص فيها حيث هو المسيطر على الموقف وعلى ذاته، لا أحد يملى عليه مايفعله، لا أحد ينقد أفعاله، ولايقترح عليه، ولا يقلقه أو حتى يتدخل فى عالمه الخاص.

فجأة يشعر الطفل أنه يستطيع أن يفرد جناحيه، وأن ينظر إلى ذاته بتمعن؛ ولأنه يعتبر مقبولا تماما، فإنه يستطيع أن يحتبر أفكاره، وأن يعبر عن نفسه بشكل متكامل،

لأن هذا هو عالمه، وأنه ليس مضطرا للتنافس مع قـوى أخرى مثل سلطة الكبار، أو أن يكون هدفا لإحبـاط شخص آخر وعدوانياته، فـهو فرد بحكم حقه الشـخصى، يعامل باحترام وكرامة، فإنه يستطيع أن يقول أى شىء يشعر به أو يرغب فى قوله ويقبل تماما، يستطيع أن يلعب بالدمى بأى أسـلوب يرغبه ويقبل تمامـا، يستطيع أن يحب ويكره، أن يكون سريعا مثـل الزوبعة أو بطيئا مثل دبس السكر فى يناير، فإنهـا تجربة فريدة للطفل فجـأة يجد أن مقـترحات الكبـار الأوامر، والتوبيخ، القـيود، الانتقـادات، الرفض قد اختفوا تماما وحـل محلهم قبول تام كامل، فجأة يختـفى تدخل الكبار، ولم يعد يعيش فى ظل شـخص آخر، بل هـو الآن فى دائرة الضوء، وهذا الموقف بـالنسبـة لأى طفل يعتبـر موقف تحدى واختبار، ويوجـد شىء عميق داخل الطفل يستجيب لهـذا التحدى الواضح يتواجد لممارسة هذه القوة التى بداخله للحياة ليواجهها لكى يكون فردا ذا هدف واضح قادر على اتخاذ قراراته بنفسه.

والطفل فى البداية يجرب هذه القوة بحذر، حيث يشعر بالأمان فإنه يتقدم بشكل أكثر جرأة لاكتشاف إمكانياته.

ولأنه لم يعد مقيـدا بالقوى الخارجية، فإن الحافـز الداخلى يأخذ دورته فى النمو دون عوائق، وأن المعالج يعطيه الـشجاعة لأن يتعمق أكثر وأكـثر فى عالمه الداخلى لكى يستخلص ذاته الحقيقية علانية.

ثالثا: العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل:

تولى فرجينيا أكسلين Axline العلاقة العلاجية بين المعـالج والطفل أهمية كبيرة حيث تعتبر أنه من أهم أسس نجاح الخطة العلاجية. حيث ترى أن حضور المعالج المتفهم والصديق فى غرفة اللعب يعطى الإحساس بالأمـان للطفل مما يساعد على نجاح العملية العلاجيـة، فينبغى أن يكون المعالـج حساسا نحو مـايشعر به الطفل وما يعـبر عنه أثناء اللعب، أو عن طريق التعبير اللفظى وأن ينقل للطفل الإحساس بأنه متفهم له ومع ذلك يتقبله فى كل الأوقات بغض النظر عما يقول أو يفعل، وبذلك يشجع المعالج الطفل لأن يتعمق أكثر وأكثر فى عالمه الداخلى لكى يكتشف ذاته الحقيقية.

ويعتبر عنصر القبول الكامل للطفل من وجهة نظر أكسلين أمرا فى غاية الأهمية، ولكنها توضح لنا ماهية القبول، والإجابة كما تقررها هى قبـول الطفل قبولا تاما بكل أفعـاله وأقواله والاعـتقاد الحـاسم بأن الطفل قادر علـى اتخاذ القرار السلـيم وأن يبدى احتراما لقدرة الطفل على أن يكون إنسانا مفكرا مستقلا وذا أهداف، والقبول يعنى أيضا

تفهم المعالج لوجود الدافع الذى يكمن داخل الطفل نحو اكتشاف ذاته وتحقيق كامل لذاته كفرد متحرر نفسيا.

ولقد ذكر كثير من العلماء المهتمين بدراسة وعلاج اللجلجة إلى ضرورة أن تكون أساليب علاج اللجلجة تركيبه من أساليب علاجية كلامية نفسية واجتماعية، ومنهم فيليب جلاسنر Glasner (١٩٦٢)، باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩)، مصطفى فهمى (١٩٦٥)، تشارلز بيلمان Pellman (١٩٦٢) بهرث راج Raj (١٩٧٦) لى واكابا Wakaba (١٩٨٣) وذلك على اعتبار أن اللجلجة مرآة تعكس شخصية تعانى من اضطرابات نفسية، وأن الخوف الكامن لدى الطفل يمنعه من التحكم فى أعضاء الكلام.

ووجهة نظر المؤلفة فى هذا الشأن هى أنه إن لم يكن الأساس أو السبب فى حدوث اللجلجة هو الاضطرابات النفسية، فهذه الاضطرابات تعتبر نتيجة حتمية لوجود هذا الاضطراب، وتتساءل المؤلفة.

ماهى النتائج التى تؤثر سلبا على شخصية الطفل المتلجلج بمجرد انتقاله من مرحلة اللجلجة المبدئية إلى مرحلة اللجلجة الثانوية ؟ وهذا معناه أن الطفل بدأ يعى ويدرك قصوره اللفظى، بدأ يعرف أنه يتكلم بطريقة مختلفة عن الآخرين، بدأ يتعلم محاربة إعاقاته الكلامية، هنا يصبح الطفل ضحية للإحساس بالعجز والخوف من المجهول ويزداد التوتر والخوف من المواقف الاتصالية التى تطلب منه الكلام.

ومما لاشك فيه أن كل هذا سيؤدى بالطفل إلى الخوف والابتعاد عن المواقف الاتصالية، الخوف من الكلام، الإحساس بالصراع الدائم فى مواقف الكلام هل يتكلم أم يصمت وما يترتب على الصراع من شعور بالإحباط والذنب والخوف من الفشل الدائم.

وهكذا يجد الطفل نفسه يدور فى دائرة مفرغة لايعلم أين طرفيها، وينتج عن هذا الإحساس بالقلق الدائم والخوف من المجهول مما يؤدى به إلى كره النفس والآخرين والانطواء بعيدا عن الناس والأصدقاء والأقارب.

من هنا ترى المؤلفة أنه فى كلا الحالتين ضرورة وجود علاج نفسى يأخذ بيد الطفل إلى بر الأمان، إلى الإحساس بالأمن والتخلص من التوتر والخوف وإلى تقبل ذاته حتى مع وجود القصور اللفظى.

الأهداف العامة :

يستخدم المعالج اللعب كوسيلة تشخيصية، حيث يعتبر أن سلوك الطفل المضطرب نفسيا أثناء اللعب مختلف عن سلوك الطفل الطبيعى، فهو يعبر عن مشكلاته وصراعاته واندفاعاته غير المقبولة اجتماعيا، فمثلا نجد الطفل يحاول إسقاط مشاعره وانفعالاته التى لايستطيع إظهارها تجاه الكبار خوفا من العقاب، لكن يستطيع إسقاط هذه المشاعر على الدمى وأدوات اللعب وهذا يسهل تشخيصها وتلمس أسبابها النفسية.

كما يمكن الكشف عن رغبات وحاجات ومخاوف ومشكلات الأطفال من خلال تصرفات الطفل أثناء اللعب، وذلك من خلال ملاحظة الأحاديث والحركات والانفعالات التى تصاحب نشاط اللعب، بالذات الأفعال التى تتسم بالتكرار والاهتمام من جانب الطفل، وبالإضافة إلى فائدة اللعب التشخيصية فإنه يعتبر أسلوبا علاجيا للأطفال الذين يعانون من بعض المشكلات والاضطرابات النفسية، فمما لاشك فيه أن اللعب يوفر للطفل الفرصة لكى يخير النمو فى أفضل الظروف، فالطفل يعتبر مقبولا بدرجة كبيرة أثناء جلسات اللعب بغض النظر عما يقول أو يفعل لا أحد يقترح عليه أو يعاقبه أو حتى يوجهه، ومع انحسار مصدر السلطة (الكبار) يشعر أنه المسيطر على نفسه وعلى الموقف، هنا يشعر الطفل أنه ينظر إلى نفسه نظرة واقعية لأنه مقبول تماما، وأنه فرد له كيانه يتمتع بكل الحقوق. (حامد زهران، ١٩٧٨ : ٣٤. - ٣٤١).

ويؤكد جلسبى دانيال Daniel (١٩٨٢ : ٧١) على أهمية العلاج باللعب الجماعى كوسيلة تشخيصية، حيث يرى أن اللعب الجماعى يرتكز على افتراض أن لعب الأطفال يكون أكثر تلقائية عندما لايكونوا تحت ملاحظة الكبار.

ويستطرد دانيال موضحا أن الغرض من اللعب الجماعى هو محاولة خلق مناخ مشابه لحياة الطفل الطبيعية، ومن خلال تلك الظروف يعتبر العلاج باللعب وسيلة تشخيصية، حيث يقدم للمعالج معلومات مفيدة عن الطفل، بالإضافة إلى استخدامه كوسيلة علاجية.

ترى المؤلفة أن الهدف العام لهذا البرنامج - كما سبق أن أشارت - هو استخدام أسلوب العلاج باللعب كوسيلة تشخيصية وعلاجية للاضطرابات النفسية لدى الأطفال المتلجلجين.

ولكن تركز المؤلفة على نقطة هامة من وجهة نظرها، فلقد وجدت من خلال دراستها لظاهرة اللجلجة أن عامل القلق والتوقع ومايصاحبها من مشاعر التوتر والقلق هو العامل المسبب لحدوث اللجلجة التى غالبا ما تكون فى بداية الجملة (الكلام)،

بمعنى أن القلق الذى يصاحب عملية الإستعداد للكلام هو الذى يؤدى إلى حدوث اللجلجة، ولهذا رأت المؤلفة أن أهم نقطة ممكن الاستفادة منها فى البرنامج العلاجى هو مساعدة الطفل على تقبل ذاته وعلى تقبل قصوره اللفظى.

إذ إن الطفل أثناء العلاج يشعر بالأمان وبأنه متقبل إلى أقصى درجة بغض النظر عما يقول أو يفعل، وهذا سوف يعطيه الإحساس بأنه إنسان له احترامه، إنسان يتقبله الآخرون بدون قيد أو شرط، وهنا يحدث كما يقول فيليب جلاسنر Glasner (١٩٦٩) بممارسة الخبرة الانفعالية الصحيحة، حيث يكتشف أن الأفراد سوف يتقبلونه بدون قيد أو شرط. وإذا تقبل الطفل ذاته مع وجود القصور اللفظى فسوف يساعد على انخفاض نسبة القلق ومايصاحبه من مشاعر التوتر والخوف من حدوث اللجلجة مما يعمل على انخفاض درجة اللجلجة.

كما أن العلاج الجماعى يكتسب أهمية خاصة مع الأطفال، حيث إنه يساعد على إقامة نوع من التقييم لسلوك الفرد فى ضوء استجابات أعضاء الجماعة بعضهم لبعض، مما يساعد الطفل على التعامل مع غيره من الأطفال، إذ يجب على الطفل أن يحترم ويتفهم استجابة الآخرين، وأن يعمل على احترام مشاعرهم وهذا بدوره يساعد علي إعطاء قيمة واقعية للعلاج النفسى.

الأهداف الإجرائية:

يتضمن البرنامج أسلوبا من أساليب العلاج النفسى، وهو أسلوب العلاج باللعب الجماعى غير الموجه لدى أطفال المرحلة الابتدائية والذين تتراوح أعمارهم من (٩ - ١٢) عاما.

- إعطاء فكرة لوالدى الطفل عن خطة العلاج ومواعيد الجلسات العلاجية.
- عقد جلسات العلاج باللعب الجماعى غير الموجه بين مجموعتين من الأطفال يبلغ عدد المجموعة الواحدة ٦ أطفال (٣ إناث - ٣ ذكور).
- تهيئة مناخ يتسم بالطمأنينة والأمان أثناء جلسات العلاج باللعب وتقبل الأطفال تقبلا تماما حتى يستطيع الطفل إطلاق العنان لمشاعره المتراكمة من توتر وحيرة ومشاعر العدوان والخوف.
- بناء علاقة طيبة مع الأطفال لكى يشعروا بالأمان ويكون باستطاعتهم التعبير عن مشاعرهم تجاه الأشياء وأدوات اللعب.

- إتاحة الفرصة أمام الأطفال لكى يفهموا أنفسهم والعالم من حولهم، ولكى يصبحوا أكثر نضجا واستقلالية.

- إتاحة الفرصة أمام الأطفال لتأسيس علاقات اجتماعية مع بعضهم البعض.

حدود البرنامج العلاجى:

تم تحديد الخطوات الإجرائية للبرنامج العلاجى كما يلى :

١ -المجموعة العلاجية :

- تم تطبيق البرنامج العلاجى باللعب غير الموجه على مجموعتين بلغ عدد كل مجموعة (٦) أطفال تم اختيارهم من بين هؤلاء الذين طبق عليهم مقياس لتقدير درجة اللجلجة، وذلك بغرض تحديد درجة اللجلجة لكل منهم.

٢ - الجلسات العلاجية : (عددها، مدتها، مكان التطبيق).

- تم تطبيق الجلسات العلاجية للبرنامج فى قسم التخاطب بمعهد السمع والكلام بإمبابة. كما تم تحديد عدد الجلسات بـ (١٦) جلسة (بواقع جلسة أسبوعيا) ومدة كل جلسة ساعة تقريبا.

٣ - مواصفات غرفة اللعب :

بعد اطلاع المؤلفة على وجهة نظر فرجينيا أكسلين فى مواصفات غرفة اللعب والاقتراحات التى قدمتها بهذا الشأن رأت المؤلفة أن تكون مواصفات الغرفة كالآتى : (بعد أن أخذت فى الاعتبار بهذه المقترحات).

خصصت غرفة من غرف عيادة أمراض التخاطب بمعهد السمع والكلام لغرض جلسات العلاج باللعب وكانت مواصفاتها كما يلى :

- غرفة متوسطة الاتساع، حيث تقرر كاميليا عبد الفتاح (١٩٨٠: ٥٧) أن اتساع الحجرة يكون ذا دور حيوى فى عملية العلاج، حيث إن ضيق الغرفة يولد العدوان ويقوى الدفاعات كما يساعد على كثرة المشاجرات بين الأطفال العدوانيين فى أفراد المجموعة، وبالتالى يزداد الأطفال المنعزلين انسحابا عن الجماعة، أما اتساع الغرفة فهو أيضا غير مستحب حيث يساعد الطفل المنطوى على نفسه على الابتعاد عن أفراد الجماعة العلاجية ولايشارك فى اللعب، ولهذا من الأفضل أن تكون الغرفة متوسطة الاتساع.

- الغرفة ذات جدران وأرضية قابلة للتنظيف بسهولة.

- تعتبر الغرفة فارغة تماما ماعدا طاولة صغيرة وكرسى فى ركن من أركان الغرفة تجلس عليها المؤلفة من أجل تدوين الملاحظات.
- يوجد مسجل صغير على الطاولة لتسجيل الجلسات العلاجية بحيث لايراه الأطفال حتى لايؤثر ذلك على تلقائية الأطفال فى التعبير اللفظى والفعلى مع أدوات اللعب ومع بعضهم البعض، ولكى يعطيهم الإحساس بالسرية التامة لما يقولوا أو يفعلوا.
- يوجد طاولة مستديرة متوسطة الحجم وحولها كراسى بعدد أفراد المجموعة العلاجية.
- دولاب صغير فى ركن الغرفة تحفظ به أدوات اللعب.
- لم تسمح المؤلفة بملاحظة أو سماع الوالدين لما يجرى فى الجلسات العلاجية داخل غرفة العلاج.
- روعى الحفاظ على نظافة الغرفة وكانت تولى هذه المهمة لعاملة النظافة بالعيادة بعد انتهاء الجلسة العلاجية.

٣ - أدوات اللعب :

كما سبق الإشارة إلى أن اللعب هو وسيلة الطفل للتعبير عن ذاته، وهو لغته التى يتكلم بها، ويفصح لنا عن مكنون مشاعره من الخوف والعدوان والحيرة وانعدام الأمن، وتلعب أدوات اللعب دورا هاما فى مساعدة الطفل على التعبير عن هذه المشاعر والانفعالات، وأدوات اللعب التى أوصت بها فرجينيا أكسلين Axline (١٩٦٩: ٥٤) للاستخدام فى غرفة اللعب كما يلى :.

منزل للدمى - تجهيز بعض قطع الأثاث المنزلى - عائلة الدمى (أب وأم وإخوة وزجاجة للرضاعة (ببرونة)، نماذج من العساكر والجنود، نماذج لبعض قطع الأسلحة، نماذج من الحيوانات، طاولة وكراسى، سرير للدمية (العروسة)، أدوات منزلية (أطباق، شوك، ملاعق)، ملابس للدمية، بنادق، صندوق به رمل وماء كمكان مناسب لوضع الجنود والعربات والحيوانات.

يرى تشارلز شيفر وكيفين كونرSchaefer and Connor (١٩٨٣ : ١٩١) أن المعالجين يستخدمون أنواعا عديدة من أدوات اللعب، بعض هذه الأدوات مركبة والأخرى غير مركبة، ويميل المعالجون النفسيون إلى تفضيل استخدام المواد غير المركبة كالصلصال وأدوات للرسم وكذلك الماء والرمل والمكعبات وما شابه ذلك من مواد لكى تتيح للطفل الحرية التامة فى التعبير عن النفس.

وبالإضافة إلى ماسبق هناك أدوات تركيبية تستخدم بشكل حيوى فى أنماط العلاج باللعب وهى مايطلق عليها أدوات اللعب الأساسية وتشمل :

منزل الدمى، وتجهيز بعض قطع الأثاث المنزلى، وعائلة الدمى (الأب والأم والأخوة)، ودمية تمثل طفلا رضيعا، ونماذج من الجنود، ونماذج من الحيوانات، وبنادق وأسلحة، وسكاكين وأجهزة تليفون، وطاولة للألعاب، كراسى، موقد، ثلاجة، بدلة غوص، عرائس متحركة.

ولإيضاح الدور الذى تقوم به أدوات اللعب لكى تساعد على تحقيق العملية العلاجية. نجد الآتى : منزل الدمى الذى يتكون من الأب والأم والإخوة والطفل الرضيع تساعد على فهم مشكلات الطفل والتعرف على مشاعره من حب وكره تجاه أفراد الأسرة، فقد يقذف بأحد أعضاء الأسرة بعيدا، وأن يضع نفسه (الدمية) بين أفراد الأسرة. وهى بذلك تعطى صورة واضحة فى كيفية إدراك الطفل لعالمه.

- لعبة السلم والثعبان : تساعد الطفل الخائف المرتبك على إقامة علاقات اجتماعية مع غيره من الأطفال.
- نماذج من البنادق والأسلحة والطبل، تساعد الطفل فى التعبير عن مشاعره العدوانية.
- أدوات الرسم والتلوين : تعتبر من الأدوات التى تعمل على إثارة مجموعة من المشاعر لدى الطفل، فالرسم وسكب الألوان على ملابس الطفل أو على الآخرين، ومايتبع ذلك من التنظيف والدخول فى حوار مع الآخرين يؤدى إلى ظهور بعض الانفعالات التى تبدأ بالشكوى والاحتجاج وتنتهى بالاعتذار والحذر.
- الدمى التى تمثل الحيوانات : تعتبر هذه الدمية لها وظيفة مهمة فى العلاج، وخاصة نماذج الحيوانات المتوحشة، فالطفل فى بداية العلاج يسمح لنفسه بالتعبير عن مشاعر العدوان تجاه الحيوانات المفترسة (السيئة) ولكنه لا يجرؤ على إصابة دمية تمثل الأب أو الأم، وبذلك ينطلق التنفيس المطلق مع نماذج الحيوانات المفترسة، بمعنى أن الطفل يعبر عن مشاعره بصورة غير مباشرة.
- صندوق الرمل والماء : يستطيع الطفل عمل أى شىء وفق مزاجه، فقد يشكل ويهدم كيفما يشاء صحراء غابة منزل أو يضع الجنود ويدير الحرب.
- أدوات التسلق (بيت جحا) : تعتبر من الأدوات التى تعمل على تحقيق الحرية فى نشاط الطفل، وتساعد أيضا على نمو السيطرة الذاتية للطفل ولذلك يسميه المعالجون (سلم النجاح).

- الألوان والصلصال والرمل : يمكن الاستفادة منها كأدوات لعب تساعد الطفل على إعلاء الدوافع المتعلقة بعملية الإخراج (الماء والرمل)، أما العرائس التى يمكن إلباس وخلع ملابسها تساعد على إعلاء الدوافع الجنسية.
- المكعبات :يستفاد منها فى إزالة مخاوف الطفل التى تترتب على تدمير الأثاث بمنزله، فغالبا ما يعاقب الطفل من قبل الوالدين ويحدث صراع بينهما بسبب هذه الأنشطة، ومن هنا يتدرب الطفل العدوانى والمكفوف على تصريف انفعالاته المكظومة بطريقة آمنة.

كما تساعد غالبية أدوات اللعب على زيادة وعى الأطفال بأنفسهم وبعلاقتهم مع الأشخاص المحيطين بهم فى حياتهم الواقعية مما يساعد على كسب الاستبصار.

وتعتبر غالبية أدوات اللعب جزءا من الواقع، والطفل عندما يواجهها فى غرفة اللعب فإنه يميز ذاته مما يؤدى إلى تعزيز صورة الذات من خلال نجاحه فى استخدامها، لذلك من الأفضل أن تكون الألعاب أشياء مجسمة للواقع، وأن تكون بسيطة فى استخدامها لأنه إذا فشل الطفل فى استخدامها يصاب بالإحباط. (كاميليا عبدالفتاح، ١٩٨. : ٥٣ - ٦٤).

هناك اتجاه بين الكثير من المعالجين باللعب يرى أن الأطفال الأكبر سنا لايتأثرون بألعاب الأطفال الصغار، وأنها لاتثير مشاعرهم أو انفعالاتهم نحوها، ولكن هناك البعض الآخر الذى يرفض هذا الرأى، موضحا رأيه بأن تلك اللعب من الممكن أن تثير مشاعر الأطفال الأكبر سنا ليعبروا عن حاجاتهم المكبوتة من مشاعر العدوان والخوف والحاجة إلى الاستقلالية، ومع ذلك فهم يرون أن الألعاب تكون فى غرفة اللعب وأن الطفل يختار تلك التى يشعر أنه فى احتياج إليها، فيجب ألا يشعر الطفل أن المعالج يفرض عليه أدوات لعب بعينها؛ لأن هذا يؤدى إلى اضطراب الطفل، بل الأفضل أن يشعر الطفل أنه حر فى اكتشاف كل الحقائق الخاصة بنفسه ولكن ينبغى ملاحظة أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (١٠-١٢) عاما دخلوا مرحلة المنافسة واللعب الواقعى، ولهذا يفضل توفير بعض أدوات اللعب المناسبة لهذا السن، مثل : ألعاب كرة السلة (البينج بونج)، بالإضافة إلى استخدام أدوات اللعب التخيلى فإن مثل هذه الألعاب تشجع الطفل على اكتشاف ذاته والتعبير عنها. (لويس جيرنى Guer-ney، ١٩٨٣ : ٣٤ - ٣٥).

أما الأدوات التى استخدمت فى البرنامج العلاجى فهى كما يلى :

منزل الدمى :

وهو عبارة عن منزل خشبى ويتكون من أم وأب وأخوة وطفل رضيع - وبه عدة حجرات نوم وسفرة - حجرة جلوس، مطبخ صغير - زجاجة للرضاعة (ببرونة).

دمى تمثل حيوانات :

نماذج من الحيوانات المألوفة المعروفة للأطفال مثل الأسد - النمر - الحصان - الحمار - الكلب - القطة . . . إلخ.

دمى تمثل العساكر :

نماذج من الدمى تمثل عساكر وبعض نماذج من الأسلحة مثل البنادق والدبابات، بنادق كبيرة (تصدر صوتا مع التشغيل).

أدوات للرسم :

ألوان زيتية ومائية، وأقلام ملونة، وأوراق للرسم.

- بعض الألعاب الميكانيكية مثل المكعبات والميكانو.

اللعب التى تمثل وسائل النقل :

السيارات - الدراجة - الطائرات - المراكب.

- لعبة السلم والثعبان.
- عدة مكعبات ملونة من قطع الصلصال.
- الرمل والماء : لبناء البيوت والغابات لوضع الحيوانات بداخلها.

أدوات المطبخ :

أطباق - شوك - ملاعق - بوتاجاز صغير.

- بعض نماذج للسلطة : طبيب - مدرس - رجل الشرطة.

التحديدات الواجب مراعاتها فى البرنامج العلاجى :

ينبغى على المعالج أن يحدد سلوك الطفل حتى لاتخرج الجلسة عن مسارها المخطط لها، ويستطيع كل طفل الاستفادة من الجلسة العلاجية :

١ -العمر الزمنى لأفراد المجموعة :

تراوحت أعمار أفراد المجموعة العلاجية من ٩ - ١٢ عاما، حيث رأت المؤلفة أن يكون هناك تقارب فى العمر الزمنى بين أفراد المجموعة لكى يساعدهم على التكيف الاجتماعى مع بعضهم البعض.

٢ - جنس أعضاء المجموعة :

رأت المؤلفة أن تكون أفراد المجموعة العلاجية خليطا من الجنسين الإناث والذكور. حتى تكون مشابهة للمواقف التى يقابلها الطفل فى حياته خارج غرفة العلاج. فالمجموعة التى تضم إناثا وذكورا طبيعية من أن تكون مقتصرة على جنس واحد.

٣ -تنظيم وقت الانضمام للجماعة :

حددت المؤلفة وقتا محددا لبدء الجلسات العلاجية وحددت عدد أفراد المجموعة بـ (٦) أطفال، ولم تسمح بدخول أطفال جدد فيما بعد، وذلك حتى لايخرج البرنامج عن مساره المخطط له ويستطيع كل طفل الاستفادة من العلاج.

٤ -استبعاد بعض الأطفال من جلسات العلاج الجماعية :

يعتقد لويس جيرنى Guerney (١٩٨٣ : ٣١) أن هناك بعض الأطفال غير مناسبين للعلاج الجماعى ويفضل استبعادهم من الجماعة العلاجية وهم :

- الأطفال الذين لديهم شعور بغيرة شديدة.
- أطفال لديهم دوافع جنسية.
- أطفال لديهم مشاعر عدوانية شديدة.
- أطفال يعانون من حالات الكبت الشديد أو السرقة بإصرار.

٥ - سرية الجلسات :

عملت المؤلفة على أن تتم جلسات العلاج باللعب فى سرية، ولم تسمح للوالدين بدخول الغرفة أثناء الجلسة، وذلك حتى يشعر الطفل بالأمان، ويرى لويس جيرنى Guerney أن الطفل ينبغى أن يضمن أن مايحدث فى غرفة العلاج لن يقوله المعالج لأى شخص آخر، ومن حق الطفل على المعالج أن يوصل له هذا الشعور، ولكن إذا كان الطفل يريد أن يشارك شخص ما فإن له الحق فى ذلك أيضا.

٦ - محددات سلوك الطفل فى غرفة العلاج :

حدود غرفة اللعب ينبغى أن تكون قليلة ولكن واضحة، وعلى المعالج أن يقرر الحدود بطريقة هادئة وليس بطريقة الأمر والنهى، فمثلا نجد أن المعالج يسمح للطفل بالتعبير عن مشاعره، ولكن هناك بعض المشاعر لايسمح بالتعبير عنها بشكل مباشر وعملى، مثل انفعال الغضب لايمكن التنفيس عنه عن طريقة كسر النوافذ أو تدمير غرفة

اللعب، ولكى يوجد قنوات نشاط معنية مسموح بها، فقد يطلق النار على الأرض، يرمى أدوات اللعب غير القابلة للكسر، كما أنه من الأشياء الضرورية التى يجب أن يتعلمها الطفل هو أن لاينكر مشاعره الشخصية، ولكن يوجد منافذ مقبولة لذلك، كما أنه غير مسموح للطفل بإيذاء المعالج بدنيا؛ لأن ذلك قد يوقظ مشاعر القلق والذنب لدى الطفل فى علاقته بالشخص الوحيد الذى يستطيع أن يساعده، ولكنه مسموح للطفل أن يعتدى على المعالج فى صورة رمزية (من أدوات اللعب) عندئذ يتقبل المعالج شعور الطفل بالغضب، كما يعتبر السلوك العدوانى هنا نافعا فى العلاج لأنه لايعمل على إيقاظ الشعور بالذنب لدى الطفل. (Drofman، ١٩٥١ : ٢٥٧، ٢٥٨).

ولهذا عملت المؤلفة على أن تضع حدودا لتصرفات الأطفال فى غرفة العلاج بطريقة هادئة وليس بطريقة الأمر، وذلك حتى لاتثير مقاومة الأطفال، ولكى تحافظ على أمن الأطفال فى غرفة العلاج.

علاقة المعالج بالطفل :

يولى كلارك موستاكس (١٩٩.: ٢١ - ٣١) العلاقة العلاجية بين الطفل والمعالج أهمية بالغة، حيث يؤكد على أهمية الدور الذى يلعبه المعالج فى العملية العلاجية، وأن مايقوله المعالج أو يقوم به من أشياء وكيفية تعبير المعالج عن مشاعره تجاه الطفل هى من الأمور الهامة جدا لما لها من تأثير على العملية العلاجية.

ويستطرد موستاكس موضحا ضرورة أن يكون لدى المعالج إيمان بالطفل وبقدراته على حل مشاكله؛ ذلك لأن الطفل يكون على وعى تام بمشاعر المعالج نحوه وبما إذا كان هذا الشخص يثق فيه أم لا. هذا بالإضافة إلى أن تقبل واحترام الطفل يعطيه الشجاعة للتعبير عن مشاعره وعن نفسه بصورة واضحة. ويصف موستاكس العلاقة العلاجية بأنها «عملية تجاوب المعالج فى حساسية مستمرة مع مشاعر وأحاسيس الطفل. حيث يتقبل المعالج اتجاهات الطفل، ومن ثم يقوم بنقل وتوصيل الثقة فى صورة صادقة ومناسبة للطفل، ويعكس ذلك كله فى أن يكن له التوقير والاحترام ».

وهناك وجهة نظر ترى أن دور المعالج ليس فى مراقبة سلوك الطفل وتغيره، وإنما ينبغى أن يشارك الطفل اللعب، فهم يرون أن الأطفال لايحتاجون فقط لتفسيرات وبصيرة المعالج ولكن يحتاجون إلى نوع من الحنان والاهتمام حرموا منه منذ الطفولة، ويمكن إمدادهم به بواسطة المعالج الذى يعتبر مشاركا محبوبا وليس مراقبا فقط، وهذه المشاركة تعتبر جزءا منطقيا من دوره الأبوى.

وذلك بغرض إزالة مقاومة الطفل للعلاج ومحاولة لكسب ثقته عن طريق إزالة المسافة التقليدية بين الكبار والطفل.

ويرى لويس جيرنى Guerney (١٩٨٣) أن المهم ليس هو مشاركة الطفل ألعابه ولكن الدور الحقيقى للمعالج هو أن يسمح للطفل أن يعبر عن نفسه دون خوف من التقييم أو النقد حتى حين تفرض الحدود.

ويتحدد دور المعالج فى النقاط التالية :

١ - أن الطفل يكون محور اهتمام المعالج خلال الجلسة.

٢ - كل أفكار ومشاعر الطفل مقبولة تماما لمدة هذه الجلسة ولكن ليس كل السلوكيات.

٣ - التفكير فيما يهم الطفل وفيما يفكر وبما يشعر وماهى أحلامه.

وهذا النوع من الانتباه الشخصى للطفل (والذى يحدد سمات هذه الخبرة الفريدة) يحمل الطفل الالتزام أن ينتفع بتلك الفرصة من أجل تحسين حالته. وبما أن المعالج لايتحدى أبدا شرعية ما يعبر عنه الطفل (عدا بعض الحدود القليلة) فإن الطفل حر فى أى مكان وزمان فى أن ينظر إلى نفسه كما هى حقيقة، ومايجب أن يكون أو لايحب أن يكون فيما يتعلق بالآخرين والواقع المادى. (Guerney، ١٩٨٣ : ٤٢ - ٤٣).

اتخذت المؤلفة من القواعد التى وضعتها فرجينيا أكسلين (١٩٦٩ : ٧٤) والتى توجه المعالج النفسى فى الجلسات العلاجية وهى كالآتى : والتى سبق أن أوردتها فى الفصل الثانى.

١ - تنمية علاقة مع الطفل تتميز بالصداقة والدفء.

٢ - تقبل الطفل تقبلا تاما.

٣ - تتسم العلاقة بين المعالج والطفل بالتسامح لدرجة يشعر فيها بالأمن النفسى.

٤ - أن يكون المعالج متنبها لكى يتعرف على المشاعر التى يعبر عنها الطفل ثم يعكس هذه المشاعر بطريقة تكسبه استبصارا بسلوكه.

٥ - أن يكون لديه إيمان كامل بقدرات الطفل على حل مشاكله وبقدراته على تحمل المسئولية.

٦ - ألا يحاول توجيه الطفل فى اختيار مناشطه أثناء عملية اللعب، فالطفل هو الذى يختار والمعالج يتابعه.

بالإضافة إلى ماسبق رأت المؤلفة إضافة النقاط التالية نظرا لأهميتها فى العلاج الجماعى :

- تشجيع الأطفال على إقامة العلاقات الاجتماعية وذلك بتشجيع الأطفال خاصة المنطويين الذى يخافون من الدخول فى محادثات ودودة مع غيرهم من الأطفال، وذلك بمحاولة اطلاعهم على نواحى النشاط المختلفة بطريقة غير مباشرة.
- أن تقوم العلاقة العلاجية بين المعالج والأطفال على أساس الاحترام المتبادل. وألا يشارك المعالج الأطفال اللعب حتى لايتخلى عن دوره العلاجى الناضج وذلك حتى يشعر كل طفل أن الجلسة بكاملها ملك خاص به من حقه.
- الابتعاد عن استخدام ألفاظ الاتهام والقذف أو الألفاظ النابية التى قد يرددها بعض الأطفال.
- ألا ينشغل المعالج عن ملاحظة الأطفال بالكلام وأن يكون ودودا مع الأطفال. (كاميليا عبد الفتاح، ١٩٨٠ : ٩٧، ٩٨).
- ملاحظة سلوك وتصرفات الأطفال وكتابتها، بالإضافة إلى تسجيل الجلسات فى غرفة العلاج.
- إعطاء فكرة موجزة عن ماهية العلاج وكيفية تطبيقه ومواعيد الجلسات وعددها.

أدوار المشاركين فى تنفيذ البرنامج العلاجى :

لقد تعاون مع المؤلفة بعض الأساتذة المتخصصين وذوى الخبرة فى مجال العلاج الكلامى بقسم التخاطب بمعهد السمع والكلام وهم :

١ - أطباء الأنف والأذن والحنجرة.

٢ - الأخصائى النفسى.

٣ - أخصائى التخاطب.

تفصيل ماتم تناوله فى الجلسات العلاجية

مرحلة ماقبل العلاج :

فى هذه المرحلة تم إعطاء الـوالدين شرحـا مـوجزا عـن ماهيـة العـلاج باللعب والمراحل العلاجـية التى سـيمر بهـا وعدد الجلسات، وذلك بهـدف تدريب الطفل على التـعبـير عن مـشاعـره بحرية من أجـل الوصول إلى هدف عـام، وهو إكســاب الطفل الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرار.

ثبتت المؤلفة وجهة نظر لويس جيرنى Guerney (١٩٨٣ : ٤٨، ٤٩) (والتى سبق ذكرها فى الفصل الثانى بالتفصيل) فى كيـفية سير العملية العلاجية والمراحل التى تمر بها.

الجلسة الأولى (التمهيدية) :

هذه الجلسة لها أهمية كبيرة؛ لأن الإدراكات والانطباعات التى تتكون لدى الطفل فى البداية يكون لهـا تأثير كبير فى دورة الأحـداث العلاجية؛ ولهـذا حاولت المؤلفة أن تبذل قـصارى جـهدها لكى تشـعر الأطفال بـالدفء والود (خاصة الطـفل الخائف أو المنطوى أو الخجول) وبأنه سيكون مقبولا تماما ومدعما، وعملت المؤلفة على :

- تقبل وتفهم مقاومة الأطفال فى بداية الجلسات.
- إلقاء التحيات والابتسامات التى تتسم بالدفء فى محاولة لجذب ثقة الطفل.

وأعطت المؤلفة الأطفـال فكرة مبسطة عن مـاهية العلاج باللعب، فـقالت :(إن هناك ساعة كاملة هى وقت الجلسة تسـتطيع أن تقول ماتشاء وتفعل أى شىء تريده) وإذا كان هناك شىء لاينبغى أن تفعله فسوف أخبرك به فى حينه.

(الجلسات المبكرة) من الجلسة الثانية حتى الجلسة الرابعة :

يكتشف الطفل فى هذه الجلسة بعض الأمور الواقعية لجلسات اللعب مثل :

١ - اكتشافه للمعالج كصديق.

٢ - اكتشاف وضعه هو بالنسبة لهذه البيئة الاجتماعية المختلفة.

فى هذه الجلسات : حيث بدأ الأطفال فى اكتشاف البيئة من حولهم والتعرف على أدوات اللعب، كما بدأ بعض الأطفال يشتركون فى أنشطة اللعب وتدور محادثات بينهم، كما تتسم هذه الفترة أيضا بظهور السلوك العدوانى، ولهذا كان من الضرورى أن تحدد المؤلفة حدود سلوك الأطفال وتصرفاتهم بطريقة هادئة صدوقة، وليس عن طريق الأمر والنهى، وذلك حتى لاتخرج الجلسة عن مسارها الصحيح.

ويظهر فى هذه الجلسات أيضا الأطفال التابعين أو الخائفين، حيث يترددون فى الاشتراك فى أنشطة اللعب، هنا كانت المؤلفة تحاول اطلاعهم على نواحى الأنشطة المختلفة للعب بطريقة غير مباشرة، حيث إن الطفل فى هذه الحالة لايفتقد إلى الموارد التى تؤهله للعب بقدر ماهو محتاج لأن يشعر أن الكبار لن يقيموه أو ينتقدوه.

- بناء علاقة طيبة مع الأطفال تتسم بالود والدفء والتقبل لمشاعرهم، وكل ما يصدر عن الأطفال من تعبيرات لفظية أو فعلية (عدا بعض الحدود القليلة).
- إظهار الاهتمام بالأطفال وإشعارهم بذلك، وذلك بهدف مساعدة الطفل على بناء هويته.

الجلسات الوسطى : (من الجلسة الخامسة حتى الجلسة الثامنة)

فى هذه المرحلة يبدأ الأطفال فى تأسيس علاقة مع المعالج تتسم بالثقة والاسترخاء.

وفى هذه المرحلة يزداد اندماج الأطفال مع بعضهم البعض، وبالتالى تبدأ مظاهر السلوك العدوانى فى الظهور من حين لآخر، ويزداد اشتراك الأطفال فى أنشطة اللعب التى تتمثل فى محاولة بعض الأطفال فى الإساءة إلى الآخرين بالضرب أو السب أو السيطرة عليهم، أو فى الاستحواذ على أدوات اللعب، ويكثر اهتمام بعض الأطفال بكيفية رعايتهم للطفل الرضيع التى تنبع من الرغبة فى أن يهتم بهم كأطفال صغار من قبل المعالج.

فى هذه المرحلة تبدأ عملية التعرف الجاد على شخصية الطفل ونمو تقبل الذات يبدأ فى اتخاذ مكانه، ولهذا يتسم سلوك المؤلفة بالآتى :

١ - التقبل التام لجميع اتجاهات ومشاعر الأطفال عدا الحفاظ على الحدود التى سبق أن قررتها المؤلفة مع الأطفال ليس عن طريق الأمر والنهى، ولكن عن طريق إشعار الطفل بالمساعدة والتفاهم.

٢ - المحافظة على إظهار اهتمامها بالأطفال وإشعارهم بذلك عن طريق التعليق على نشاطهم بصورة ودية.

٣ - عدم إظهار الاتجاهات الناقدة لسلوك الطفل.

٤ - تشجيع الأطفال على توطيد العلاقات الاجتماعية بين الأطفال بطريقة غير مباشرة.

٥ - المحافظة على العلاقة بينها وبين الأطفال التى تتسم بالتقبل والود والاحترام المتبادل.

٦ - عدم مشاركة المؤلفة فى أنشطة اللعب حتى لاتتخلى عن دورها فى ملاحظة وتقييم سلوك الأطفال.

٧ - عكس مشاعر واتجاهات الطفل، حيث ينبغى على المعالج أن يعيد نفس الرموز التى استخدمها الطفل، مثل : قد يقول الطفل للدمية (الأم) «هى بتكره الولد» هنا يجب على المعالج أن يرد تقريبا نفس الرموز فيقول: «هى بتكرهه » ولكن من الخطأ أن يقول: « الأم بتكره الولد أو الأم بتكرهك » وذلك حتى يترك للطفل مسئولية تسمية موضوعات مشاعره الدفينة. (كاميليا عبد الفتاح، ١٩٨٠ : ١٠٢).

الجلسات الأخيرة (من الجلسة التاسعة حتى الجلسة السادسة عشرة)

تميل هذه الجلسات لأن تكون أكثر واقعية بالرغم من استمرار اللعب بالدمى واللعب الخيالى.

- اختفاء مظاهر السلوك العدوانى إلى حد كبير عن ذى قبل.
- نسيان الإحباط من جانب الطفل فهو يستطيع تقبل الهزيمة وهو يضحك.
- توطيد العلاقات الاجتماعية بين الأطفال واختفاء مظاهر السلوك العدوانى إلى حد كبير.

مثال توضيحى

البيانات العامة للحالة :

الاســـم : (م)

الســـن : ١٠ سنوات

الصف الدراسى : الصف الرابع الابتدائى

عدد الإخوة : ثلاثة **ترتيب الطفل** : الثانى

الأب : متوفى

الأم : متزوجة منذ ١٤ عاما.

علاقة الأم بزوجها الحالى : علاقة توافق.

علاقة الحالة بزوج الأم : علاقة تتسم بالتوتر والتسلط وكثيرا مايلجأ زوج الأم إلى العقاب البدنى.

علاقة الحالة بأمه : علاقة تتسم بالإهمال والنبذ والرفض.

عـلاقة الحالة بأخوته : علاقة تشوبها الغيرة والكراهية وهم إخوة غير أشقاء.

مهنة ولى الأمر(زوج الأم) : مدرس بالمرحلة الابتدائية.

المستوى التعليمى : متوسط

المدرسة وجماعة الأصدقاء :

يتضح من علاقة العميل بزملائه أنهـا علاقة إهمال ونبذ بسبب اضطرابه الكلامى ونقص مقـدرته على الكلام السـوى وعلى الإجـابة بسهولة ويـسر، مما أثر على مسـتواه الدراسى، ويميل الحـالة إلى الانطواء، ولايطيق التواجد مع زمـلائه فى المدرسة؛ لأنهم يسخرون منه ويقلدون طريقة كلامه المعيبة مما أدى إلى كرهه لمدرسته ولزملائه.

الأحلام والنوم :

يعانى من الأحلام المزعجة، نومه متقطع، غير متصل.

اللزمات والمخاوف :

يعـانى من عادة مص الأصـابع إلى أن بلغ سن ثلاث سنوات، كـمـا أنه يشعـر بالخوف من الظلام.

ملخص للتاريخ التطورى للحالة :

بدأت تظهـر حالة اللجلجـة عندما بلغ من العـمر ثلاث سنوات وكـان والده قد أصيب فى حادث قبل مولده بأسبوعين تقريبا، وكان والده يعمل سائقا وبعد الحادث لم تجد الأم مـوردا ماليا لتنفق منه، وبدأت تبـيع أثاث منزلها لتسـد نفقات علاج زوجـها بالمستشفى الذى توفى بعد ميلاد الحالة بحوالى شهر، بعد وفاة الزوج شعرت الأم بقسوة الحياة مع مـيلاد طفلها وعبـرت عن مشاعرها بأنها لم تشـعر نحوه حينئـذ بأى عاطفة. ورفضت إرضـاعه رضاعة طبـيعية، وكـان تبريرها لهذا الموقف أنهـا اضطرت للخروج للعمل، وأرسلت طفـلها إلى والدتها لتـرعاه، وكانت تذهب لتـراه كل يومين أو ثلاثة أيام، وبقى الوضع على ماهو عليه لمدة سنة تقريبـا ثم تزوجت، وأنجبت بعد ذلك طفلا (ثالثا)، ومنـذ ذلك الحين بدأت لجلجة الـطفل (م)، وكانت اللجلجـة فى بادئ الأمر لجلجة طفـيفة إلى أن ذهب للمدرسـة، ومنذ ذلك الوقت بدأت تشتد تدريجـيا إلى أن وصلت إلى حالة لجلجة شديدة مع بداية الصف الثالث وبدأ معها يرفض الكلام نهائيا، ويكتفى بهز الرأس والإيماء عند الرد على أى أسئلة.

وفيما يلى عـرض ملخص للجلسات العلاجية التى اشترك فيـها الحالة مع خمس أطفال آخرين.

الجلسات العلاجية:

الجلسة الأولى :

حضـر الأطفال الستـة ودخلوا إلى الحجـرة، رحبت بهم المؤلفة بـإلقاء التحـية، محاولة أن تشعرهم بالأمان والقبول، تكلمت معهم المؤلفة وأعطت لهم فكرة عما سوف يقومون به وذكرت لهم أن الحجرة بها عـدة لعب، يمكنهم أن يلعبوا بها بحرية تامة لمدة ساعة كاملة (زمن الجلسة العلاجـية)، (وفضلت المؤلفة ألا تتكلم عن التحديدات فى بداية العلاج حتى تتـرك الأطفال على سجيتهـم فى التعامل مع أدوات اللعب من أجل عدم إعاقة مشاعرهم العدائية أو السـلبية خوفا من لوم المؤلفة)، حاول الأطفال استكشاف أدوات اللعب الموجودة والمتاحـة لهم فى الغرفة، وانصب اهتمـام الأطفال فى أول الأمر على الدمى التى تمثل الأشـخاص والحيوانات، وإذا تـكلمنا عن الحالة نجده وقف بعـيدا يراقب الأطفال الآخرين دون محاولة مشاركتـهم فى استكشاف اللعب والتعرف عليها، حاولـت المؤلفة من جـانبهـا تشجـيعـه على محـاولة الاقتـراب من الأطفال الآخـرين ومشاركتهم بإيجابية، إلا أنه رفض واكتفى بهز كتفيه معبرا عن رفضه هذا، كما أن هناك بعض الأطفال اكتفيا بالجلوس بعيدا ومراقبة الآخرين وهم يلعبون.

الجلسة الثانية:

حضر الأطفال الجلسة، ورحبت بهم المؤلفة كعادتها وجلست فى ركن الغرفة لملاحظة سلوك الأطفال، وتدوين ملاحظات عن كيفية لعبهم ومشاركتهم، بدأ الأطفال فى استكمال اكتشاف غرفة اللعب والأدوات الموجودة بها، أخذ كل طفل لعبة وبدأ فى اللعب بمفرده وتردد البعض الآخر فى مشاركة الأطفال اللعب فى بداية الجلسة وتدريجيا، ومع اقتراب الجلسة إلى منتصفها بدأوا فى اللعب بالدمى والمكعبات، وبدأ الطفل (م) - قرب نهاية الجلسة - فى الاقتراب حذر من أدوات اللعب وكأنه يستكشفها، وكان ينظر ويلتفت إلى المؤلفة من حين لآخر وكأنه يريد معرفة رد فعلها، وفى الوقت نفسه حرصت المؤلفة ألا تشعره بأنه مراقب تماما فى سلوكه، مما شجعه على الاستغراق بعض الشيء فى الألعاب الفردية، حيث جلس بمفرده فى ركن الغرفة يلعب ببعض المكعبات ويكون منها صفا طويلا فى أول الأمر، ثم أخذ بعض الدمى يرصها فى دائرة، وظل كذلك إلى أن انتهت الجلسة.

الجلسة الثالثة:

حضر الأطفال فى الموعد المحدد، ورحبت بهم المؤلفة كالمعتاد، وحاول كل طفل الحصول على لعبة يفضلها ليلعب بها، ولكن المؤلفة لاحظت أن لعب الأطفال ما زالت تتسم بالفردية، بمعنى أن الأطفال لم يشتركوا بعد فى أنشطة لعب جماعية، ولكن بالرغم من ذلك لاحظت المؤلفة أن الأطفال بدأوا يطمئنون إلى المؤلفة وقل التردد، وبدأت المخاوف تتبدد إلى حد كبير، واتضح ذلك من مظاهر التودد إلى المؤلفة، بدأ الحديث معها حديث الأطفال مع بعضهم البعض، الالتزام بتوجيهات المؤلفة أثناء الجلسة العلاجية.

أما بالنسبة للطفل الذى نحن بصدد عرض حالته كمثال توضيحى، فلقد بدأ منذ هذه الجلسة وهى الثالثة فى الإقدام نحو بعض الأطفال أعضاء المجموعة العلاجية ونحو الألعاب، فبدأ يمد يده يستكشف ويقلب بعضها. فبدأ بقطع الصلصال، وأخذ يعمل منها بعض الأشكال مثل كور، حبل، وانتقل إلى اللعب بالدمى التى تمثل عساكر وجنود، وقام بوضعها فى صندوق الرمل كأنهم يحاربون فى الصحراء.

ثم أمسك بلعبة التليفون وأخذ يدير قرص التليفون، ويرفع السماعة، ثم ينظر للباحثة ولكن لايكلم أحدا، ثم يضع السماعة مرة أخرى بسرعة (لاحظت المؤلفة أن رغبته فى أن يتكلم والتواصل مع الآخرين، ولكن مازال خائفا هيابا للمواقف الاتصالية، ثم أخذ يلعب بالمكعبات دون هدف محدد، وهنا انتهت الجلسة).

وبعد انتهائها تقابلت المؤلفة مع أم الطفل، وأبدت عدة توجيهات لها، منها محاولة رفع الضغوط على الطفل أن تعمل على ألا تقاطعه لتصحيح أخطائه الكلامية، كما أن عليها أن تتجاهل لحظات اللجلجة حتى لاتلفت انتباهه إليها من حين لآخر، ولاتذكره بأنه ذا عيب أو قصور، والأهم من ذلك منع الضرب والعقاب البدنى للطفل.

الجلسة الرابعة :

حضر خمسة أطفال فقط هذه الجلسة، حيث تغيب أحدهم فى حين حضر أحد الخمسة متأخرا عن موعد بدء الجلسة، ودخل الحجرة، وأبدى اعتذاره للمؤلفة عن التأخير، قبلت المؤلفة اعتذاره، وطلبت منه الالتزام بالمواعيد فيما بعد، وقالت موجهة الكلام لكل الأطفال : (من الأفضل أن تحضروا فى الميعاد المحدد للجلسة حتى تستمتعوا باللعب لمدة ساعة كاملة، حيث إنه لاينبغى أن تتجاوز مدة الجلسة الوقت المحدد)، ولقد وجدت المؤلفة فى هذه التحديدات شيئين هامين :

أولا : حرص الأطفال على الالتزام بمواعيد الجلسة يعطيهم انطباعا على أن العلاقة بين المؤلفة والأطفال هى علاقة علاجية لها حدود أساسها الود والتقبل والاحترام المتبادل.

ثانيا: رأت المؤلفة أن التزام الأطفال بالمواعيد المحددة للجلسات تساعدهم على التوافق مع الظروف خارج حجرة اللعب (فى حجرة الدراسة، المنزل)، لهذا عملت المؤلفة على متابعة واستمرار التحديدات التى اتفق عليها.

بدأ الأطفال يشارك بعضهم البعض فى أنشطة اللعب ولكن بصورة مبسطة، بمعنى أنه من الممكن أن يشترك اثنان باللعب فى عمل حجرة بالمنزل أو تجهيز منزل بالأثاث والدمى، والبنات تقوم بإعداد الشاى والفطور للأولاد، (هنا رأت المؤلفة أن عملية تأسيس العلاقات الاجتماعية بدأت فى الظهور).

الجلسة الخامسة :

بدأت هذه الجلسة كسابقتها من الجلسات.

شد انتباه الأطفال فى هذه الجلسة ألعاب الدمى التى تمثل العساكر والبنادق، قام الأطفال برص العساكر فى صندوق الرمل وكذلك الدبابات والعربات والأسلحة الصغيرة.

ولكن الطفل (الذى نستعرض حالته) لم يشاركهم اللعب، وكان أقلهم إيجابية فكان يكتفى أحيانا بالنظر إليهم ومتابعتهم ويضحك إن كان هناك ما يضحك.

ثم بدأ يلفت نظره لعبة الميكانو، وحاول تنفيذ إحدى الصور المرسومة بالكتيب المرفق مع اللعبة، لكنه لم ينجح فى محاولته الأولى، هنا اقترحت المؤلفة أن يختار شكلا آخر أكثر سهولة وأقل تعقيدا، رفض الطفل هذا الاقتراح وقام بعيدا، وظل ينظر إلى الأطفال الآخرين وهم يقومون باستخدام التليفون فى التحدث دون محاولته مشاركتهم، ثم ذهب وجلس بعيدا عن الأطفال، وقام باللعب بالعربات الصغيرة التى تحدث صوتا مع سيرها.

الجلسة السادسة :

حضر الأطفال فى الميعاد المحدد للجلسة ماعدا طفلة تغيبت بسبب مرضها، وبدأ الطفل (م) فى حالة أفضل - إلى حد ما - عن ذى قبل، إذ بدأ فور دخوله الغرفة بإلقاء التحية على المؤلفة (السلام باليد والإيماء بالرأس).

بدأ الأطفال يشتركون فى الأنشطة داخل الغرفة والبعض الآخر بصورة منفردة وأمسك الطفل (م) بعائلة الدمى ووضعها أمامه ونظر إلى المؤلفة وقال: ممكن أحطهم فى الرمل وألعب، قالت المؤلفة : ممكن، ثم يسأل الطفل : « ولكن دول إيه »، قالت : أسرة أم وأب وأخوة، فجلس ووضعهم أمامه فى صندوق الرمل - وجلس يلعب لفترة - تارة يضع الأسرة وحولها الشجر فى الحديقة وتارة يتابع ألعاب وصياح الأطفال الآخرين، ثم قامت المؤلفة وتجولت وسألته : « أنت عملت إيه ».

الطفل (م) « الأم بتعمل الأكل ودول قاعدين يتفرجوا عليها» - وباقى الأسرة فى الجانب الآخر بما فيهم الطفل الرضيع.

جاءت طفلة وقالت : « أنا ممكن أعملك حاجة أحسن من كده ».

الطفل (م) : « ابعدى - ماحدش طلب منك حاجة ».

الطفلة : « الأبلة قالت كل اللعب دى بتاعتنا كلنا ».

الطفل (م) : يدفعها ويوقعها على الأرض (قلت لك ابعدى).

طفل آخر : يا أخى حرام عليك - أنت فاكر نفسك قوى إديها اللعبة شويه (ضغط من أجل تعديل السلوك الاجتماعى).

المؤلفة تتدخل : لاتدفعها هكذا على الأرض - (هنا رأت المؤلفة أن تمنعه من هذا السلوك - حتى تساعد الطفل على التوافق مع الآخرين خارج الغرفة العلاجية فى العلاقات الاجتماعية بطريقة سليمة؛ لأن عمل كهذا لن يتقبله منه أحد خارج الغرفة.

نظر الطفل (م) إلى المؤلفة، وترك اللعب بالدمى، وأخذ بندقية وأخذ يضرب بها محدثا صوتا عاليا (تنفيس للغضب).

(ولقد لاحظت المؤلفة أن هذه أول مرة يخرج من حالة الصمت والهدوء).

الجلسة السابعة:

انتظم جميع أطفال المجموعة العلاجية فى هذه الجلسة، حيث لم يتغيب أحد بمجرد دخول الأطفال الغرفة والترحيب بهم من قبل المؤلفة بدأوا ينتشرون فى الحجرة، وجرى ثلاثة أطفال نحو التليفون كل واحد يحاول أخذه قبل الآخر، وعندما حصل عليه أحدهم أدار الحوار التالى :

طفل (١) : حصل على التليفون.

طفل (٢) : « هات التليفون. أنت كل مرة بتأخذه » (صياح وجلجة بين الطفلين).

طفل (٣) : « خلى يأخده شوية وبعدين كل واحد فينا يلعب به» (ضغط من شأنه تعديل السلوك).

بعد ذلك اندمج الأطفال فى اللعب بالصلصال والرسم والدمى، جلس الطفل (م) يلعب بالميكانو، وأعطته المؤلفة صورة لسيارة صغيرة استطاع عملها بعد فترة، وجاء يقول : « عرفت أعملها»، المؤلفة قالت : « كده صح »، ثم ذهب بعد ذلك وتابع بعض الأطفال وهم يتكلمون فى التليفون، فجلس بجانبهم وأمسك به وأدار القرص، ثم تركه واتجه ناحية الدمى التى تمثل الحيوانات، قام برص الحيوانات فى صندوق الرمل، وبدأ يدير معركة (مصارعة) بين الحيوانات وهو يكلم نفسه بصوت منخفض عن لسان كل واحد منهم.

الجلسة الثامنة:

حضر جميع الأطفال، وبعد الترحيب بهم من قبل المؤلفة، جاء طفل وقال : «عاوزين نلعب باللعبة دى (السلم والثعبان) إزاى ». جلست معهم المؤلفة ولعبت مع الطفل هذه اللعبة، وجلس باقى الأطفال ثم بدأوا يشتركون فى اللعبة بين فائز ومهزوم وصياح، وتزايدت لحظات اللجلجة التى تشتد مع الغضب والدفاع عن النفس.

وجلس الطفل (م) يراقب الموقف من بعيد، ثم أحضر عائلة الدمى ووضع الطاولة وعليها الأطفال، وكانت تشترك معه الطفلة التى كانت تقوم بوضع الأطباق

والملاعق على السفرة، ثم قام الطفل (م) بوضع الدمى حولها وعندما وصل للدمية التى تمثل طفلا رضيعا لم يضعه ورماه بعيدا.

سألته الطفلة : « ممكن تقعده هنا ».

الطفل (م) : «ما ينفعش يقعد هنا مفيش له مكان » (شعور الطفل بالغيرة والقلق على مركزه فى الأسرة).

الطفلة : «صح هو هيرضع وأعطته الطفلة البزازة ».

أحضرت الطفلة التليفون وأعطته واحدا وهى جهاز آخر (أحضرت المؤلفة جهازين من التليفون حتى يتمكن الأطفال من استخدامه فى الحديث) واستخدم الطفل (م) التليفون مع الطفلة، وبدأ يتكلم بعض الكلمات - (بداية تفاعل اجتماعى بالنسبة له، وكسر حاجز الخوف من الكلام فى المواقف الاتصالية).

الجلسة التاسعة :

دخل الطفل مع بقية الأطفال، وكالعادة بدأ كل واحد يجرى على اللعبة التى يفضلها ويكثر الصياح وتشتد لحظات اللجلجة أحيانا، وتنخفض أحيانا أخرى.

جلس الطفل (م) فهو لايميل إلى الاندماج مع الأطفال بسهولة، ولذلك أخذ قطعتين من الصلصال ذات ألوان مختلفة، وبدأ يعمل تشكيلات منه تعتبر ممتازة بالنسبة لسنه، فلديه مهارة يدويه فى عمل أشخاص وحيوانات من الصلصال، ووضعهم على صينية كبيرة وأحضرهم للمؤلفة. وقال : « شوفى أنا عملت إيه »، وقالت المؤلفة : «ممتاز» أنت عملت ده كله لوحدك ؟، انتهزت المؤلفة هذه الفرصة، وتكلمت مع والدة الحالة على أن هذا الطفل لديه مهارة يدوية ممتازة فى التشكيل والرسم، وتستطيع الأم أن تتصل بمدرس التربية الفنية، وتتكلم وتشرح له حالته لكى يهتم به وينمى تلك القدرة لديه، فإن ذلك يساعد على تقبل ذاته، وفى الوقت نفسه يجد شيئا يربطه بالمدرسة ويحبها، (حيث إن الحالة كان يكره الذهاب إلى المدرسة نظرا لسخرية أصدقائه منه، وإهمال المدرسين له بسبب ضعف مستواه الدراسى).

الجلسة العاشرة :

عندما دخل الأطفال إلى الغرفة فى هذه الجلسة لم يتجهوا إلى أدوات اللعب، ولكنهم قالوا : سوف نلعب لعبة الاستغماية (والتى تعرف بالقطة العمياء) فوافق الجميع ماعدا الطفل (م) وقف فى وسط الحجرة يتفرج، فقالوا له : « تعال العب معنا».

الطفل (م) : هز الطفل رأسه دون أن يتكلم.

طفل آخر : « أصلماينفعش لازم كلنا نلعب فيها ».

(ضغط وتوجيه من الجماعة من شأنه يساعد على الدخول فى العلاقات الاجتماعية)، وبالفعل بدأ يلعب الجميع، وتزايد الصياح والضحك، ولاحظت المؤلفة أن كثيرين من المجموعة لايقبلون الهزيمة بسهولة، فدائما يقولون : « لا، أنت ملمستنيش»، كما لاحظت أن الطفل (م) يضحك ويتكلم دون أن يدرى، وهو يجرى مع باقى الأطفال.

استمرت اللعبة إلى جزء كبير من الجلسة، ومنه انتقلوا بعد ذلك إلى أنشطة اللعب الأخرى.

وجلس الطفل (م) تارة يعمل أشكالا من الميكانو والتى تعتبر أكثر صعوبة عن ذى قبل، وكل مرة يذهب للمؤلفة ليعرضها عليها والتى كانت تقابل هذا الموقف بالابتسام والتشجيع، ثم انتقل بعد ذلك إلى اللعب بعائلة الدمى والحيوانات مع الطفلة التى يميل إلى أن يجلس معها ويلعب فى هدوء.

الجلسة الحادية عشرة :

دخل الطفل (م) مع غيره من أطفال المجموعة، ثم توجه إلى اللعب، وأمسك بالبندقية، وأخذ يصوب بها، ويضرب محدثا صوتا مدويا، ويجرى هنا وهناك فى الغرفة، ولأول مرة يقترح هو على المجموعة، ويقول: « هنلعب عسكر وحرامية » وأمسك هو وثلاثة أطفال المسدسات والبنادق واثنين منهم عملوا الحرامية (توطيد لعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين).

بعدها ذهب الطفل (م) : لعائلة الدمى وأخذ الدمية (التى تمثل الأب) وأخذ يقذفه إلى أعلى. محاولا توجيهه إلى مروحة السقف، فوقع وانكسرت رجله، فيقول (م) «ياعينى، رجله انكسرت »، ولكنه لايلبث حتى يكرر مرة أخرى وبسرعة، وتنكسر يد الدمية، ثم يقول : « كده أحسن » (تنفيس)، ينظر الطفل (م) للباحثة، ويقول : «آسف أنا ممكن أصلح له رجله » (لاحظت المؤلفة أنه لم يذكر تصليح اليدين وكان عليها أن تدرك الشعور الذى دفع بالطفل إلى أن يكسر اليد عمدا، حيث إنه يريد التخلص من اليد التى تضربه وتقسو عليه).

قالت المؤلفة : « أنت عاوزه من غير إيدين ».

يبتسم الطفل : (م)

قالت طفلة : « يا أخى حرام عليك كسرت له إيديه ».

الطفل (م) : «وإيه يعنى والله كده أحسن راجل برجلين ومن غير إيدين ».

الجلسة الثانية عشرة :

تغيب بعض الأطفال فى هذه الجلسة لإصابة بعضهم بأمراض البرد، حيث كنا فى شهر يناير، دخل الأطفال وانشغلوا فى اللعب ببعض الدمى، ووضع طفل لعبة السلم والثعبان، ودعى الطفل (م) للعب معه.

الطفل : « تيجى تسابقنى وتشوف مين هيغلب».

(م) : « أنا ما أعرفش ألعبها».

الطفل : أعلمك، (م) لا.

الطفل : « قول بقى إنك خايف ».

(م) : « لاياخويا أنا مبخفش».

يجلس الطفل (م)، والآخر يعلمه كيفية اللعب ويبدأ فى اللعب لفترة من الوقت وفى كل مرة ينهزم (م) ويضحك الطفل الآخر مهللاً : « مش قلت لك مش هتقدر تغلبنى».

(م) : « بس أنت غشاش» (شعور بالإحباط بعد الهزيمة) صياح وتزايد درجة اللجلجة، توقفات وتشنجات فى عضلات الوجه.

ثم يذهب الطفل (م) ويحضر صندوق الرمل والدمى التى تمثل الحيوانات، ويعمل مشاجرة بين الحيوانات المفترسة والحيوانات الأليفة التى تنتهى دائما لصالح (الحيوانات الأليفة).

ملاحظة المؤلفة :

(١) أنه أثناء إدارة رحى الحرب بين الحيوانات يتكلم الطفل بطلاقة عن لسان كل حيوان منهم.

(٢) أن هذه لعبته المفضلة بجانب الرسم وعمل نماذج بقطع الصلصال.

الجلسة الثالثة عشرة :

حضر جميع الأطفال هذه الجلسة. ولاحظت المؤلفة كثرة الأنشطة الجماعية فى هذه الجلسة بين الأطفال، فغالبا مانجد طفلين يستخدمان جهاز التليفون فى عمل محادثة

بينهما أو اللعب بصندوق الرمل ووضع الجنود والأسلحة لإدارة رحى الحرب بينهم، أو عمل جماعى فى تصميم أشكال من المكعبات والميكانو.

واتجه الطفل (م) فور دخوله لغرفة اللعب نحو لعبة الدمى مع طفلة أخرى، وجلسا لتجهيز الفطور، ووضع الطفل (م) الأب والأم والإخوة حول السفرة وأمسك بالطفل الرضيع، وقال : « أنا عارف مش هتعرف تقعد هنا » ثم حاول رميه من الشباك، سارعت المؤلفة وقالت : لاترميها من الشباك يمكنك رميها هنا، ولكن الطفل (م) بدلا من أن يرميها، ذهب ودفنها بسرعة فى الرمل (تنفيس لمشاعر العدوان تجاه الرضيع).

وجاءت الطفلة التى كانت تملى الأوانى بالطعام (البلى).

وقالت : « وديت النونو فين » ؟

الطفل (م) :«غلبتنى مش عارف يقعد - مش عارف راح فين »

بعد ذلك اتجه الطفل إلى أدوات الرسم والصلصال وكلما أنجز شيئا ذهب به إلى المؤلفة التى كانت تثنى على عمله بالتشجيع، حيث كان بالفعل عمل ممتاز بالنسبة لطفل فى عمره (لاحظت المؤلفة أن عملية تقبل الطفل لذاته بدأت فى النمو والتطور؛ لأنه عندما كان يعرض أعماله على المؤلفة من رسم أو تشكيل بالصلصال كان يشعر بالزهو والسعادة).

الجلسة الرابعة عشرة :

اتصلت أم الطفل (م) بالمؤلفة فى المستشفى، وأبدت اعتذارها عن عدم حضور الطفل اليوم لإصابته بالبرد، ولكنها قالت : « الحمد لله أنا مبسوطة؛ لأن (م) أصبح يتكلم معهم فى البيت الآن ولم يعد يلزم الصمت كما كان سابقا، وأنه عندما يتكلم مازال هناك توقفات كلامية كثيرة إلى حد ما ولكنها لم تعد مصاحبة بالتشنجات وضرب الأرجل فى الأرض، فلم يعد يعبأ بها عن ذى قبل » (حيث كان يفضل الصمت المطلق وهز رأسه بالنفى أو الإثبات فقط)، بالإضافة إلى انخفاض نسبة تغيبه من المدرسة عن ذى قبل.

الجلسة الخامسة عشرة :

تعود الأطفال على الحضور فى الميعاد المحدد للجلسة وإلقاء التحية على المؤلفة. كما تعود كل طفل على أن يلقى التحية على كل طفل من الموجودين ويسلم عليه، (توطيد للعلاقات الاجتماعية بين الأطفال وبعضهم البعض) اتجه الأطفال نحو الأنشطة الجماعية فى لعبة الاستغماية (القطة العمياء) أو لعبة السلم والثعبان.

ثورات الغضب والصياح والمشاعر العدوانية قد خفت إلى حد كبير، أما الطفل (م)، فقد دعى زميل له وقال : تعال نلعب (تأسيس علاقة جديدة) وأحضر لعبة السلم والثعبان، وجلسا يلعبان لفترة، وفى كل مرة ينهزم يقول له : نعملها كمان مرة (لاحظت المؤلفة أن الطفل أصبح يتقبل الهزيمة ويضحك حيث تخلص من التقيد بضرورة النجاح (تأكيد للذات).

وقضى بقية الوقت مع الأطفال الآخرين فى لعبة الاستغماية أو فى الرسم وتشكيل الصلصال.

الجلسة السادسة عشرة :

دخل الأطفال الغرفة وبعد إلقاء التحية على المؤلفة وعلى بعضهم البعض. لم يتجه الأطفال (بما فيهم الطفل م) نحو أدوات اللعب والدمى وأثاثات المنزل، وكان تركيزهم على ألعاب المنافسة الجماعية مثل لعبة الاستغماية وظهور سلسلة من الانفعالات والمشاعر تبدأ بالغضب والثورة وتنتهى بالاعتذار والحذر مثل « أنت ملمستنيش. أنت بتكذب ».

طفل آخر : « أنا شفته هو لمسك ».

طفل ثالث : « طيب ماشى - آسف - حد يغمى عينى ».

- دعى الطفل (م) طفلة وقال : تعالى نلعب، ووضع لعبة السلم والثعبان، وبعد فترة وجدته يصيح مهللا : أنا فزت عليك (تأكيد الذات) ثم قال لها، تعالى نتكلم فى التليفون، وجلس يتكلم فى التليفون دون أن ينظر أو يهتم بوجود المؤلفة.
- تم عمل الطفل (م) تشكيلة من الحيوانات بثلاثة ألوان من الصلصال جميلة وذهب بهم إلى المؤلفة.

الطفل (م) : « شوفى ».

المؤلفة : « ياه - جميل فعلا ».

الطفل : « مدرس الرسم. فى المدرسة مبسوط وعلق لى ثلاث رسمات فى حجرة الرسم » (تحقيق الطفل لذاته).

لاحظت المؤلفة فى هذه الجلسة :

- اندماج الأطفال أكثر وأكثر فى الأنشطة الجماعية.

- ترك الأطفال لأدوات اللعب جانبـا واتجهوا نحو الأنشطة التى تتـسم بالتفاعل الاجتماعى مثل : لعبة الاستغماية، السلم والثعبان، الحديث بالتليفون.
- أصبح الأطفال يستطيعون تقبل الهزيمة - إلى حد كبير - وهم يضحكون.
- كما أصـبحوا على دراية ووعى بأصـول الوجود فى الجماعـات، وأن عليهم واجبات ولهم حقوق لابد من الالتزام بها.
- حتى مع ظهور لحظات اللجلجـة، إلا أن كثيرا من الملامح الثانوية المصـاحبة للجلجة لم تعد تظهر، وهذا يدل على تـقبل الطفل للجلجة، أى أنه لم يعد يشعر بالإحجام والخوف من اللجلجة.
- شعـور الطفل (م) بالرضا وتقبـل ذاته بعد أن استطاع توجـيه قدراته الوجـهة السليمة (الرسـم) واستطاع تحقيق ذاته من خلالهـا، وبالتالى أصبح متـقبلا لقـصوره اللفظـى ولمستـواه الدراسى بالمدرسـة مما ساعـده على المواظبـة فى الحضور إلى المدرسة يوميا.
- اندمـاج الطفل (م) فـى اللعب الجـمـاعى مع الأطفـال وتـوطيـد عـلاقـاته الاجتماعية معهم.
- تقـبل الطفل (م) للقـصـور اللفظى فـهو لم يـعد يخـاف أو يهـاب المواقف الاتصالية، ويبدو هذا من اندماجه مع الأطفال فى اللعب الجماعى، واشتراكه فى الأحاديث التليفونية مع غيره من الأطفال.
- تقبل الطفل (م) للهزيمة أثناء أنشطة اللعب التى تتسم بالمنافسة بعد أن تخلص من التقيد بضرورة النجاح.
- انخفاض درجة اللجلجة لدى أطفال المجموعة التجريبية.

❋ ❋ ❋

برنامج إرشادى مقترح للوالدين

اقتـرحت المؤلفة - فى هذا الجزء - تقديم برنامـج إرشادى للوالدين، ليكون لهم بمثابة مرشد يوضح لهم الأسلوب الأمـثل للتعامل مع الطفل المتلجلج، سواء فى المرحلة الأولية أو المرحلة المـتقدمـة من اللجلجة، بالإضافـة إلى أن هذا البرنامج يعـتبر عـاملا مساعدا لنجاح العملية العلاجية.

البرنامج الإرشــادى

عناصر البرنامــج :

- مقدمة.
- الأهداف العامة.
- الأهداف الإجرائية.
- الحدود الإجرائية.
- مضمون عدد من المحاضرات التى تدور حول موضوع اللجلجة.

يقـرر فان ريبـر (١٩٦٠ : ١٤، ١٧) أنه برغم أن غـالبيـة الناس يسـتطيعـون التحـدث بطلاقة وبسهولة، فـإن الأطباء المتخـصصين فى أمراض الكلام يعـرفون دون غيرهم أن عملية تعليم الكلام تعتبر معجزة تثير الدهشة، حيث إن تعلم الكلام يعتبر من أشق العمليات التوافقية على الإطلاق ومع ذلك يتعلمه الطفل بوسائله القاصرة المتعثرة، وتكثر الاضطرابات الكلامية لدى الأطفال بسـبب الظروف المحيطة بهم والتى تتمثل فى التدخل المستمر من جانب المحيطين (الكبـار) بالطفل وتقييم كلامهم من حين لآخر مما يساعد على اضطرابات العملية الكلامية.

ويتسـاءل فان ريبر فى دهشة لـو أن ثقافتنا توافر لهـا من الحكمة ماتوافـر لبعض القبائل التى تدعى قبائل الزونى الهندية الحمـراء (بأمريكا الشمالية) لوجدنا أنه لم تعد هناك حاجة إلى اصطنـاع وسائل علاجية للكلام لتـعليم الطفل كيفيـة الكلام بسلاسة، فهذه القبائل تترك الطفل وشأنه فى عملية الـكلام حتى يبلغ سن السابعة، فيقول مايشاء وكـيف يشـاء دون تدخل من أحـد أو خوف مـن عقـاب، فى حـين أن الأطفـال فى المجتمعات المتحـضرة يتعرضون لضغوط اجتماعيـة شديدة، حيث يطلب منهم التحدث فى سن السادسة أو الرابعة على نحو ما يتحدث البالغون.

سبق أن أشرت أن هناك بعض العلمـاء من يعتقد أن اللجلجة تبـدأ عند تشخيص الوالدين لها، حـيث يفترض أن الأطفـال غالبا مـايعانون فى بداية تعليـمهم الكلام من بعض الترددات أو الـتكرارات، ولكن قلق الوالدين على كلام الطفل بشكل مـبالغ فـيه وحرصـهم على تصحـيح أخطاء الكلام يلفت انتبـاه الطفل إلى أنه يتكلم بطريقة غـير طبيعية، وبالتالى تولد لديه القلق والخوف من الكلام ويحجم عنه تحسبا وتوقعا للفشل، هنا تصبح لجلجة الطفل (المبدئية) لجلجة حقيقية. (Beech & Fransella ، ١٩٦٨ : ٦٩).

وفى هذا يقرر فان ريبـر (١٩٦٠) أنه باعتبار أن تعلم الكلام عمليـة معقدة، إلا أن بعض الوالدين يشعرون بقلق عميق إذا ما لثغ الطفل وهو فى الثالثة من عمره أو تردد فى الكلام لدرجـة اللجلجة، أو إذا لاحظوا أى انحـرافات عن الكـلام السوى ويشـتد اضطرابهم إزاء هذا الانحراف ويحومـون فوق أطفالهم كالطير خوفـا وقلقا لدرجة أنهم يتنبهوا لأى خـطأ يقع فى كلام الطفل ويبدأون فى عقد المقارنات بين كـلامه وبين سائر الأطفال والأصدقاء والجيران ولايكتفون بهذا، بل يعقدون هذه المقارنات بين الطفل وبين أقرب مستويات الإعجاز.

ويتفق إدوارد كونتر Conture (١٩٨٢ : ١٦٣) مع وجهة النظر السابقة، حيث يرى أن كثيرا من الآباء هم الذين يقدمون التشخيص المبدئى للجلجة، وهذا يمثل مشكلة كبيرة لأن التشخيص السليم مفروض أن يتم بناء على دراسة عينة كلامية من كلام الطفل بواسطة أخصائى أمراض الكلام وبدون هذه العينة لايستطيع الأخصائى أن يضع التشخيص السليم لطلاقة الطفل اللفظية.

ويضيف كونتر Conture أن الظروف البيئية التى يعيش فيها الطفل يكون لها تأثير بشكل مباشر على مظاهر عديدة من سلوكيات الطفل، وبالتالى يكون لها تأثير عميق على القدرات اللغوية للطفل، حيث يعتبر دور الوالدين عاملا مساعدا وليس مسببا للجلجة؛ لأنه يساعد على تنمية اللجلجة والحفاظ عليها وتثبيتها، ويبدو هذا واضحا فى رد فعل الوالدين الضمنى والصريح المتمثل فى تسامحهم أو عدم تسامحهم نحو انحرافات الطفل الكلامية مثل التعبير اللفظى غير الدقيق، درجة النطق والترددات فى الكلام. حيث إن الوالدين غالبا - وبطريقة روتينية - ما يصححون، أو يعاقبون، أو يظهرون الضيق وعدم التسامح بالنسبة لكلام الطفل، مما يساعد على إثارة القلق لدى الطفل.

الأهداف العامة :

تنقسم أهداف البرنامج الإرشادى إلى شقين : أحدهما وقائى، والآخر علاجى.

أولا : الجانب الوقائى :

تتفق المؤلفة مع ماذهب إليه بعض العلماء المتخصصين فى دراسة ظاهرة اللجلجة - من أن قلق الوالدين واضطرابهم الشديد كلما ظهر أى انحراف عن السوية فى كلام الطفل من ترددات، أو لجلجات عادية فى بداية مرحلة تعلمه للكلام، حيث إن هذا القلق والاهتمام المبالغ فيه من قبل الوالدين والنقد والتقييم المستمر والتصحيح لكلام الطفل من حين لآخر يكون بمثابة عامل أساسى وهام فى تطور اضطراب اللجلجة والحفاظ عليها، لأن ذلك يلفت انتباه الطفل لأن يتكلم بطريقة مختلفة عن الآخرين، بل وأنه لايستطيع الكلام والتواصل مع الآخرين، ومن ثم يستبد به القلق تجاه الكلام ويكره المواقف التى تحتاج منه للكلام ويحجم عنها، هنا تنتقل العثرات العادية فى الكلام إلى مرحلة اللجلجة الحقيقية فى الكلام؛ لأن الطفل أصبح يستشعر القلق والخوف عندما يريد أن يتكلم، وهذه تعتبر لحظة الصراع التى يعيشها الطفل قبل بدء الكلام هل يتكلم؟

وهو على يقين بأن سيفشل فى التحدث بسلاسة مثل الآخرين أم يصمت ويكون فى ذلك أيضا شعور بالخزى، وهنا يفضل الطفل الانطواء والانزواء بعيدا عن الآخرين مفضلا ذلك على المشاعر الرهيبة التى تؤلمه وهو مايزال طفلا لايحتملها.

ومن هنا جاء دور الإرشاد الذى يوجه الوالدين لكى يتعرفا على كيفية التعامل مع الطفل الذى بدأت تظهر لديه بعض اللجلجات أو الترددات فى كلامه والتخفيف من أنواع الضغوط النفسية عن الطفل المتمثلة فى النقد والتقييم والتصحيح المستمر فى كلام الطفل.

وفى هذا الشأن يقول فان ريبر (١٩٦٠ - ٧٨): « إننا على يقين كاف من أن بعض أنواع الضغط يولد اللجلجة، كما نعلم أنه عندما يمكن ملافاة بعض هذه الضغوط، أو إزالة تأثيرها فإن ظاهرة التردد فى الكلام غالبا ماتختفى ».

ثانيا - الجانب العلاجى :

يعتقد ميلدردبيرى وجون إيزينسون Berry & Eisenson (١٩٥٦) أن علاج اللجلجة الفعال ينبغى أن يشمل الآباء.

وكذلك يرى فان ريبر (١٩٦٠) « أن أسلوب معاملة الطفل المتلجلج فى المرحلة الأولية هى أن تدعه وتتعامل مع أبويه ومدرسيه ».

كما تعتقد باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩) أن علاج صغار المتلجلجين والذين تتراوح أعمارهم من (٥ - ١٠) سنوات، أى عندما يكون الطفل أقل قلقا بشأن قصوره اللفظى يكون العلاج عن طريق إعطاء إرشادات للوالدين توضح لهم كيفية معاملتهم للطفل.

وكذلك يؤكد فرانسيس فريما Freema (١٩٨٢) على أن علاج اللجلجة لدى الأطفال يجب أن يعمل على توفير خطة علاجية هدفها تخفيض أو إزالة الضغوط البدنية والانفعالية والاتصالية التى تكون بمثابة عامل هام لحدوث حالات اللجلجة، وأن يتم هذا عن طريق إرشادات الوالدين إلى أهمية إزالة هذه الضغوط وعلى الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل.

وعلى هذا ترى المؤلفة أن إرشاد الوالدين هو بمثابة عامل مساعد وهام لنجاح الخطة العلاجية، حيث يجب إرشاد وتوعية الوالدين لأسلوب معاملة الطفل المصاب باللجلجة، وتوجيههم إلى خطة منزلية من شأنها تخفيف مصادر الضغط الانفعالى، ولكى يتعرفوا على الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل المتلجلج، بالإضافة إلى إرشادهم

إلى كيفية توفير بعض المواقف الخالية من التوترات وتشجيع الطفل على الكلام فى مثل هذه المواقف.

وبذلك يكون دور الإرشاد هنا بمثابة دعامة تساعد على تهيئة مناخ أسرى يتسم بالأمن النفسى، ولكى يساعد الطفل على تقبل ذاته، وبالتالى تقبل لجلجته بشكل موضوعى.

الأهداف الإجرائية:

يتضمن البرنامج إرشاد وتوجيه والدى الأطفال المتلجلجين.

- إرشاد وتوجيه الوالدين بأن لجلجة الطفل فى الصغر شىء طبيعى.
- توجيه نظر الوالدين إلى أن القلق والاهتمام المبالغ فيه فى فترة تعلم الطفل للكلام ينعكس على الطفل ويلفت انتباهه إلى أنه بالفعل لديه قصور لفظى.
- إرشاد الوالدين إلى الكف عن النقد المستمر لطريقة كلام الطفل والتصريح المستمر له.
- توجيه الوالدين إلى تجاهل لجلجة الطفل المصاب باللجلجة.
- توفير الفرص لتشجيع الطفل على الكلام عندما يستطيع ذلك، وذلك بتوفير المواقف الخالية من التوترات.
- تخفيف الضغوط البدنية عن الطفل بإعطائه وقتا كافيا للنوم والراحة، والاعتناء بصحته بصورة عامة.
- تخفيف الضغوط الانفعالية عن طريق حل مشاكل الطفل بالتفاهم وليس عن طريق أسلوب الأمر والنهى.
- تخفيف الضغوط الاتصالية، وذلك بالتعرف على الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل المتلجلج.
- توجيه نظر الوالدين إلى أهمية تقبل الطفل وإعطاء الاهتمام الكافى لكى يستطيع تقبل ذاته وتقبل تصوره اللفظى بشكل موضوعى.
- إرشاد الوالدين إلى بعض الحقائق الخاصة بالطلاقة اللفظية، وكذلك بعض المعلومات عن اضطراب اللجلجة.
- الاهتمام بالطفل عندما يتكلم وعدم تجاهله.

الحدود الإجرائية :

يتم تحديد الخطوات الإجرائية للبرنامج الإرشادى كما يلى :

أفراد العينة :

- يتم الاجتماع بأمهات وآباء الأطفال المتلجلجين مرة كل أسبوع فى جلسات جماعية لإرشاد وتوجيه الوالدين لأسلوب معاملة الطفل المتلجلج، والعمل على تهيئة المناخ المناسب الذى يتسم بالأمن النفسى، ليكون بمثابة عامل مساعد على نجاح الخطة العلاجية.

المكان :

- يتم تطبيق الجلسات الجماعية فى قسم التخاطب بمعهد السمع والكلام بإمبابة.
- المدة الزمنية : كما يتم تحديد عدد الجلسات بـ (١٠) جلسات بواقع جلسة أسبوعية، وتتراوح مدة كل جلسة من ٣٠ - ٤٠ دقيقة.

- الأسلوب الإرشادى :

تتم الجلسات عن طريق إلقاء المحاضرة من جانب المؤلفة، ثم يدور الحوار بينها وبين أمهات وآباء الأطفال، ويشترك فى الحوار الأخصائى النفسى، وكذلك أحد أساتذة التخاطب.

المشاركون فى البرنامج وأدوارهم:

من الممكن أن يتعاون مع المؤلفة فى إدارة البرامج الإرشادية بعض المتخصصين فى أمراض الكلام وذوى الخبرة فى هذا المجال بقسم التخاطب بمعهد السمع والكلام وهم :

١ - الأخصائية النفسية.

٢ - أخصائيو التخاطب.

عرض للمحاضرات التى يتم مناقشتها مع آباء وأمهات الأطفال ويمكن تقسيمها وفقا للتقسيم التالى :

أولا : محاضرات تناولت الجانب الوقائى من اضطرابات اللجلجة : وتشمل :

١ - تدور هذه الجلسة حول تأثير رد فعل الوالدين تجاه كلام الطفل ومدى ارتباطه بظهور اللجلجة.

٢ - تدور هذه الجلسة حول عرض لبعض نماذج من الضغوط التى قد يتعرض لها الطفل من قبل الوالدين أثناء تعلمه الكلام.

٣ - تدور هذه الجلسة حول مناقشة بعض التوجيهات.

ثانيا : جلسات تناولت مناقشة محاضرات تدور أساسا حول الجانب الإرشادى لحالات اللجلجة المبدئية :

١ - تدور هذه الجلسة حول بعض الإرشادات العامة من أجل تهيئة مناخ أسرى سليم للطفل المتلجلج.

٢ - تدور هذه الجلسة حول كيفية التعامل مع حالات اللجلجة المبدئية.

٣ - تدور هذه الجلسة حول تخفيض الضغوط المسببة لحالة اللجلجة.

ثالثا : جلسات تناولت مناقشة محاضرات تدور حول الجانب الإر... ى لحالات اللجلجة الثانوية (الحقيقية): وتشمل :

١ - تدور هذه الجلسة حول الإرشاد الأسرى كعامل مساعد لإنجاح العملية العلاجية.

٢ - تدور هذه الجلسة حول المواقف التى قد تزيد أو تقل فيها درجة اللجلجة وإخضاعها للفحص.

أولا : محاضرات تناولت الجانب الوقائى من اضطراب اللجلجة

المحاضرة الأولى :

تدور هذه الجلسة حول تأثير رد فعل الوالدين تجاه كلام الطفل ومدى ارتباطه بظهور اللجلجة، ومن ثم مناقشة الأفكار التالية مع أمهات وآباء الأطفال. يرى إدوارد كونتر Conture (١٩٨٢ : ١٦٣) أن الظروف المحيطة بالطفل تكون ذا تأثير مباشر على قدرات الطفل اللغوية وبالذات اضطراب اللجلجة، إذ يعتقد أن رد فعل الوالدين تجاه كلام الطفل يكون بمثابة عامل مساعد يعمل على تطور اضطراب اللجلجة لدى الطفل والحفاظ عليها، ولهذا فهو يعتقد أن هناك بعض الأشياء التى تؤخذ على تصرفات الوالدين مع الطفل مثل :

- هل يعتبر اهتمام الوالدين بكلام الطفل اهتماما مبالغا فيه ؟
- هل يزعج الوالدين الطفل بجدول أعمال مستمر لدرجة جعله متعبا ومضغوط لكى يؤديه بشكل جيد ؟
- هل يتوقع الوالدان من الطفل أن يتصرف مثل الراشدين ؟
- هل يعبر الوالدان عن رأيهم علانية أمام الطفل أو أنهم يواجهون صعوبة كبيرة لتقبل أخطائه فى عملية التعلم (الدراسة) ؟
- هل يشعر الوالدان بعدم الارتياح لأن طفلهم يتصرف كطفل ؟
- هل أحد الوالدين أو كليهما يتكلم مع الطفل بجمل طويلة ومعقدة ؟
- هل يميل الوالدان لمقاطعة الطفل بسرعة وبشكل غير ملائم ؟
- هل كلام الوالدين يتميز بالطلاقة أم لا ؟
- وينبغى أن يتفهم المحيطون بالطفل أن تصرفاتهم هذه مرتبطة بظهور اللجلجة حيث تنعكس على سلوك وكلام الطفل، ويتساءل كونتر Conture هل يستمع الوالدان لصوت العقل ؟؟ ويوضح لنا الإجابة بقوله : إن الوالدين لن يتوقفا عن القلق على كلام الطفل ونقده وتقييمه بصورة سلبية إلا بعد التعرف على اضطراب اللجلجة وأسبابها، فلايكفى مثلا أن نقول للوالد لاتقلق، طفلك سوف يتغلب على إعاقته الكلامية، لكن مثل هذا الوالد محتاج لمزيد من التفصيل والمعلومات التى تتعلق بالكلام الطبيعى وكيفية نموه بطريقة سليمة.

المحاضرة الثانية :

تدور هذه المحاضرة حول نماذج (أشكال) الضغـوط التى يتعرض لها الطفل فى مرحلة تعلم الكلام. يوضح فان ريبر (١٩٦٠ : ٨٠ : ٨٧) الضـغوط التى يتعرض لها الطفل من قبل المحيطين به أثناء تعلمه الكلام والتى غالبا ماتكون من الأسباب التى تهيئ الطفل للإصابة باللجلجة وهى :

أولا : استمرار الوالدين فى تصحيح كلام الطفل يمكن أن يولد التردد.

كثيرا مايحاول الوالدان تصحيح أخطاء الطفـل الكلامية فى كيفـية ترتيب كلمات الجملة أو صيغ الجملة السليمة، مع العلم أنه إذا ترك الطفل وشأنه فى هذا الموضوع فإنه سيتعلم أن يصحح لنفـسه مع مرور الوقت، فإذا ماتكلم الوالدان أمامه بصورة سليمة، ومع التكرار فإنه سيقتدى بهم، ويقوم من جانبـه بتعديل كلامه، فمثلا : إذا قال الطفل «مم عادل» فلا داعى لأن يربكه الأب، ويصحح الخطأ، ولكن ممكن أن يستمر الأب فى قول «عادل عاوز ياكل مم» وهكذا حتى يتعلم الطفل تكرار الجملة السليمة.

أو عندما يطلب الوالدان من الطفل التعـبير بالكلام فى اللحظات غيـر المناسبة، ويبـدو هذا واضحـا عندما يصـاب الطفل مـثلا بأذى أو مكروه، ويصـر الوالدان على الاستفسار، ماذا حدث لك ؟ وكـيف ؟ وماذا أصابك ؟ والطفل يصرخ ويبكى ولكنهما يصران على أن يتكلم هذا هنا تـعطل طلاقة الطفل ويبدأ التـردد فى الكلام المتقطع، إذ يتطلب ذلك منه استعـادة الخبرة الأليمة فى صورتهـا الكاملة، وبالتالى يبدأ الوالدان فى تكوين فكرة أن الطفل أصبح متلجلجا بالفعل.

ثانيا : عندما يجبر الوالدان الطفل على إظهار براعته فى الكلام قد يؤدى إلى إعاقة الطلاقة اللفظية لديه، ويبـدو هذا واضحا عندما يطلب الوالدان من الطفل سرد حكاية أمام الكبـار أو إظهار مقـدرته اللفظية فـيقال : «أنت ولد كـبير دلوقـتى مش كده روح لعمتك وكلمـها أنت راح تبقى إيه لما تكبر». هنا يشعر الطفل أنه مـحتم عليه أن يتكلم بطلاقة ولكن فى نفس الوقت يفتـقد مايقول ويظهر التـردد والتقطع فى إيقاع الكلام مما يؤدى إلى اللجلجة بالفـعل مع ردود فعل المحيطين من تشجيع عـلى الكلام أو السخرية منه.

ثالثا: تجاهل الوالدين (المحيطين الكبار) لكلام الطفل قد يسبب التردد، إذ عندما يريد الطفل الإدلاء بشىء فى نفسه، فقـد لاتسعفه الكلمات، ويصطدم بصعوبة التـعبير المطلق الذى يتوق إليه محاكاة الكبار، فمثلا عندما يريد الطفل الاستفسار عن شىء يقول

«مامى» فترد الأم ردا يدل على أنها لاتنصت إليه باهتمام «نع. نعم» هنا يتردد الطفل هل يسترسل فى كلامه أو ينادى مرة أخرى ليتأكد من اهتمامها به «مامى - أين - أين. . أى. . . أين ال. . . ال. . . . الرجل. . . أعنى أن» هنا تنفجر الأم بالصراخ فى وجه الطفل «إيه ياعادل» وهنا يكون الطفل قد نسى بالفعل مايريد أن يقوله.

الجلسة الثالثة :

تدور هذه الجلسة حول إعطاء بعض التوجيهات لوالدى الطفل بهدف معرفة كيفية التعامل مع حالة الطفل الذى بدأ ينتابه بعض الترددات أو اللجلجات الخفيفة فى كلامه.

لقد قدم ميلدرد بيرى وجون إيزينسون Berry & Eisenson (١٩٥٦) برنامجا بغرض التعامل مع حالة اللجلجة المبدئية، حيث يعتقد أن العلاج الفعال للجلجة المبدئية يجب أن يشمل الآباء للتعرف على اتجاهاتهم نحو الطفل، وتتلخص نقاط العلاج أو الوقاية من اللجلجة فيما يلى:

(١) المحافظة على الصحة :

غالبا مايرافق المرض بعض مظاهر القصور المؤقت فى القدرة على الأداء اللغوى بشكل جيد، وبالتالى قد تزداد درجة اللجلجة فى تلك الفترات، وينبغى على الوالدين أن يضعوا ذلك فى اعتبارهم، وحتى يتسبب ذلك فى قلق زائد على الطفل وينعكس عليه فيما بعد، كما ينصح بالعناية بصحة الطفل المتلجلج بصورة عامة وإعطائه الوقت الكافى للراحة والنوم لما لذلك من تأثير على كفاءته اللفظية.

(٢) تحديد الظروف المرتبطة بنقص الطلاقة :

ينبغى التعرف على معاملة الأفراد المحيطين بالطفل بصفة عامة وخاصة الوالدين من أجل تحديد الظروف والمواقف المرتبطة بنقص الطلاقة اللفظية، ويتم هذا عن طريق عمل حوار كلامى فى حضور الوالدين من أجل التعرف على تأثيرهم على نوعية وطبيعة نقص الطلاقة لدى الطفل إذا ما حدث لجلجة، هنا ينبغى على الوالدين الاهتمام بدراسة رد فعلهما تجاه كلام الطفل وإعطائه الاهتمام الكافى.

(٣) توعية الوالدين بأن لجلجة الطفل فى الصغر (المرحلة الأولية) شىء طبيعى، ولكن ينبغى ألا يلام الآباء على قلقهم بخصوص القصور اللفظى لدى أطفالهم، وإنما يجب أن يعرفوا أن الاهتمام الزائد قد ينتقل إلى الطفل فيصبح قلقا وغيره مطمئن تجاه قصوره اللفظى، ولذلك فنقص الطلاقة اللفظية بدون وعى من الطفل أو قلق يعتبر سلوكا طبيعيا وليس مرضيا.

(٤) توعية الوالدين ببعض الحقائق الخاصة بالطلاقة اللفظية :

ترتبط الكفاءة اللفظية بوضع الطفل :

أ - وترتيبه فى الأسرة، فالطفل الأول أو الوحيد فى الأسرة يكون أكثر طلاقة من الطفل الثانى والثالث.

ب - تعتبر الإناث لديها طلاقة لفظية وأكثر براعة فى تعلم الكلام بالمقارنة بالذكور.

ثانيا : المحاضرات الخاصة بمرحلة اللجلجة المبدئية :

الإرشاد هنا يعتمد على معرفة الوالدين بكيفية التعامل مع الطفل الذى بدأ يصاب بالفعل باضطراب اللجلجة ولكنها تعتبر فى مراحلها الأولية، بمعنى أن الطفل لم ينتبه بعد إلى قصوره اللفظى أو يشعر بأن كلامه مختلفا عن كلام الآخرين.

وقد سبقت الإشارة إلى وجهة نظر إدوارد كونتر Conture (١٩٨٢) فى التعرف على الظروف البيئية التى تكون ذات تأثير مباشر على قدرات الطفل اللغوية.

المحاضرة الأولى :

تدور هذه الجلسة حول الطريقة التى تتكلم بها الأم مع طفلها المتلجلج.

ولهذا يعطى نان راتنر Ratner (١٩٩٢ : ١٤) الأمهات بعض التوجيهات الخاصة بهذا الشأن وذلك بهدف وقاية الطفل من تطور واضطراد القصور اللفظى وهى :

١ - **سرعة الكلام** : ينبغى على الأم التى لديها طفل بدأ يظهر فى كلامه بعض الترددات أن تعمد إلى أن تتحدث ببطء مع الطفل حتى يتعود هو الآخر على هذه الطريقة، وبالتالى تقدم له نموذجا لكيفية الكلام ليقتدى بها.

٢ - **استخدام جمل بسيطة وغير طويلة أو معقدة**، ويستند راتنر Ratner فى اعتقاده هذا على الدليل الذى يشير إلى أن درجة اللجلجة تنخفض بشكل ملحوظ إذا ماتكلم المتلجلج ببطء وجمل بسيطة غير معقدة.

وفى هذا الشأن يقدم لنا فان ريبر (١٩٦٠، ٨٨، ٨٩) مثالا : إذ يرى أنه إذا طلب من فرد ما الكتابة على الآلة الكاتبة بسرعة كبيرة فقد تشتبك أذرع الأحرف، ويخطئ الفرد فى الضغط على مفاتيح الأحرف الصحيحة، مما يؤدى إلى الخطأ فى الكتابة، وهذا شأن الكلام، فإذا تكلم الفرد بالمعدل المعتاد فى سرعة الكلام، فإن الكلام ينطلق فى سهولة ويسر، ولكن مع تجاوز المعدل المعتاد يظهر التردد فى كلامه واضحا

ويبدأ فى التهتهـة. ويتساءل فان ريبر إذا كان هذا شأن الكبار فـماذا يكون الحال بالنسبة للطفل الذى بدأ لتوه فى عـملية الكلام ؟ كمـا يعتقد فـان ريبر أن سرعـة الكلام تنتقل بالعدوى، فكلمـا أسرع شخص مـا فى كلامه زادت سرعـة الآخر كى يلاحقـه؛ ولهذا يوصى فـان ريبر والدى الطفل الذى بدأ يتلجلج بـالتريث فى الكلام وتخـفيض مـعدل سـرعة الكلام ولـكن على الوالدين ألا يطلبـا من الطفل أن يتكلم ببطء بـل يقدمـا له النموذج لكى يقتدى به.

المحاضرة الثانية :

تدور هذه الجلسة حـول بعض الإرشادات التى تقـدم للوالدين لكى يتعـرفا على الطريقة السليمة للتعامل مع الطفل المتلجلج، لكنه لم ينتبه بعد إلى قصوره اللفظى.

ترى باربارا دومـينيك Dominick (١٩٥٩ : ٩٥٩) أنه عنـدمـا يكون الـطفل المتلجلج أقل قلقا بشـأن قصوره اللفظى ولم يتعرف بعـد على تلك المشكلة، هنا يصبح الاهتمام موجهـا تجاه الوالدين وكيفية معاملتـهم للطفل، ولهذا قدمت بعض الإرشادات بهدف إتاحة الفرصة لمناخ أسرى سليم وهى :

١ - العمل على ألا يستـشعر الطفل أنه شاذ أو مخـتلف عن الآخرين فى طريقة كلامه حتى لايكون حساسا نحو الطريقة التى يتحدث بها.

٢ - العمل على تحسين صحة الطفل بصورة عامة.

٣ - العمل على تحسين المناخ البيئى المحيط بالطفل، والتخفيف من حدة العوامل التى تعمل على إثارة التوتر والاضطراب للطفل.

٤ - تنمية الشعور لدى الطفل بالثقة والمسئولية والحب المتبادل والاحترام.

٥ - العمل على تنمية إحساس الطفل بالاتصال مع نفسه.

٦ - تشجيع الطفل قدر الإمكان على الاندماج بحرية مع الأطفال الآخرين.

٧ - مسـاعدة الطفل على النمـو نموا سليمـا وعلى التعرف على طاقـاته الكامنة وقدراته الابتكارية.

٨ - تنميـة الشعـور بالحب والود المتبـادل والانتمـاء بين أفراد العائلـة، وتضيف دومينيك Dominick أن تلك الأهداف شاملة جـدا بحيث يبـدو من الصعب تحقـيقهـا ولكن حتى التنفيـذ الجزئى لتلك الأهداف ممكن أن يسـاعد الطفل المتلجلج فى كفاحه من أجل تحقيق الذات والتغلب على قصوره الكلامى.

المحاضرة الثالثة :

تتناول هذه المحاضرة بعض الإرشادات التى تقدم للوالدين بهدف تخفيض الضغوط المسببة للجلجة، حيث يرى فرانسيس فريما Freema (١٩٨٢ : ٦٨١ : ٦٨٥) أنه فى حالة الطفل الذى بدأ لتوه فى اللجلجة لاينبغى أن نخبر الوالدين بعدم القلق أو بتجاهل المشكلة؛ لأنهم لن يكونوا قادرين على تجاهل مشكلة الطفل، وإنما يجب أن يعرفوا بأنها مسئولية معالج متخصص يعمل على توفير خطة علاجية بناءة هدفها إزالة الضغوط المسببة لحالة اللجلجة مثل :

١ - **الضغوط البدنية** : يجب أن يشتمل البرنامج العلاجى على تنظيم وقت الطفل وتوفير وقت كاف للنوم والراحة والتغذية المنتظمة لإزالة التعب الذى يزيد من مظاهر القصور اللفظى.

٢ - **الضغط الانفعالى** : مساعدة الآباء على تخفيف مصادر الضغط الانفعالى على الطفل خاصة بالنسبة لبعض المواقف المرتبة بالضغوط الانفعالية، مثل مواقف التغذية، والتدريب على استخدام الحمام، وإرغام الطفل على النوم، هنا ينبغى إرشاد الوالدين لاستخدام أساليب قائمة على التفاهم المتبادل بينهما وبين الطفل لحل هذه المشاكل بهدوء ودون ضغوط انفعالية.

٣ - **الضغط الاتصالى** : إرشاد الوالدين إلى أهمية خلق مواقف اتصالية سارة وناجحة مع الطفل، ففى التعامل مع آباء الأطفال المصابين ببدايات اللجلجة من المهم أن يتعرفوا على الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل، فإن النموذج المرغوب فيه من أجل تخفيض حدة اللجلجة هو الكلام ببطء مع إطالة قليلة فى الأحرف، بالإضافة إلى أنه عندما يتوقف الكبار ويفكرون فى استجاباتهم قبل الكلام فإنه يكون لدى الطفل وقت ليفكر أيضا قبل الكلام.

فالقاعدة هى «ألا تجبر الطفل أن يبطئ أو يتكلم بهدوء أو يفكر قبل الكلام، ولكن وضح له كيف يفعل تلك الأشياء عن طريق تقديم تلك النماذج فى كلامه معك». كما اعتبر هوجو جريجورى Gregory (١٩٨٦) أن الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل المتلجلج هو الكلام ببطء واستخدام الكلمات السهلة مع التدريب المستمر على التنفس العميق، وزيادة طول أجزاء الكلام، ولاينبغى دفع الطفل لأن يسرع فى الكلام أو مقاطعته أثناء الكلام أو عدم الانتباه لما يقول.

ثالثا: المحاضرات الخاصة بمرحلة اللجلجة الثانوية (الحقيقية) :

المحاضرة الأولى :

تدور هذه الجلسة، حول مناقشة دور الإرشاد الأسرى واعتباره بمثابة عامل مساعد لإنجاح العملية العلاجية حيث يعمل على تهيئة مناخ يتسم بالطمأنينة والأمن النفسى ويساعد الطفل على تقبل ذاته.

وتناولت المحاضرة مناقشة الأفكار الآتية :

يرى فرانسيس فريما Freema (١٩٨٢) أن الطفل إذا أظهر توترا ملحوظا، أو علامات سمعية، أو مرئية تدل على المجاهدة أثناء الكلام، فهو مدرك أن لديه مشكلة سواء كان فى الثالثة أو العاشرة من عمره، فهو يحتاج المساعدة لفهم أن مايشعر به ليس شيئا شاذا، ولاينبغى الخجل منه وأنه يحدث للعديد من الأفراد، وأن كلمة لجلجة ليست كلمة مخجلة، أو مرض غير قابل للشفاء، فهو محتاج فقط للمساعدة من أجل تنمية الطلاقة اللفظية، ويضيف فريما Freema أن التركيز فى هذه المرحلة على تخفيف الانفعالات السلبية والعمل على تيسير التوافق الشخصى، كما أن الكلام ببطء وبهدوء وسهولة أفضل من المجاهدة لإزالة الإعاقة. واستخدم خطة علاجية تتضمن تعديل البيئة.

ولهذا ترى المؤلفة أنه يجب الإشارة إلى المحاضرة السابقة الخاصة بتخفيض الضغوط البدنية والانفعالية والاتصالية، كما يرى ميريل مورلى Morley (١٩٧٢) أن المتلجلجين لديهم خوف عميق من أن بهم شيئا خاطئا وأنهم مختلفون عن الآخرين، وتلك الأفكار والمشاعر تكون نتيجة طبيعية لرد فعل الآخرين نحو إعاقتهم.

فالمتلجلج لديه القدرة لأن يتكلم بشكل طبيعى، ولكنه لايستطيع الحفاظ عليها تحت كل الظروف؛ ومن ثم فإنه يميل لاعتبار اللجلجة شيئا مثيرا للإزعاج؛ لأنه يعوق التعبير عما يجول بخاطره.

ويستطرد ميريل مورلى Morley، حيث يوضح أن تلك المشكلة لاتتعارض بالضرورة مع الحياة، حيث نجح كثير من المتلجلجين فى التغلب عليها، إذا تم مساعدة المتلجلج لأن يتقبل لجلجته بشكل موضوعى قدر الإمكان، وأن يأخذ هذه الإعاقة فى الاعتبار بدون خوف أو انفعال، وبذلك يتم تشجيع الاتجاه الإيجابى المرتبط بالثقة فى قدرة المتلجلج على التحدث بدون لجلجة.

المحاضرة الثانية :

تدور هذه الجلسة حول مناقشة المواقف التى قد تزيد أو تقل فيها درجة اللجلجة وإخضاع تلك الفترات للفحص والتقييم، ويعطى ميلدرد بيرى، وجون إيزنسون Berry & Eisenson (١٩٥٦) أهمية كبيرة لدراسة المواقف المرتبطة بزيادة شدة اللجلجة للمساعدة على تهيئة مناخ ملائم يكون بمثابة دعامة للوسائل العلاجية المستخدمة، ويتم التعرف على المواقف المرتبطة بحدوث اللجلجة من خلال إجابات الأسئلة الآتية :

- هل تحدث اللجلجة فى وقت معين من اليوم ؟
- هل تحدث اللجلجة مع أفراد معينين ؟
- هل تحدث اللجلجة فى مواقف مرتبطة بخبرات مخيفة سابقة ؟
- هل تشتد درجة اللجلجة عندما يكون الطفل متعبا ؟
- هل تشتد درجة اللجلجة عندما يسأل الطفل أسئلة مباشرة تتطلب إجابات محددة ؟
- هل تحدث اللجلجة فى كلمات معينة ؟
- هل تحدث اللجلجة عندما يحاول الطفل لفت الانتباه ؟
- هل تزداد فى حضور مستمع ناقد ؟

إن الإجابة على هذه الأسئلة تساعد فى معرفة ما إذا كان نقص الطلاقة يعتبر استجابة لضغط مكثف، وإذا كان هذا الضغط هو السبب فمع من أعضاء بيئة الطفل يكون أكثر، فإذا كان الطفل يعيش فى بيئة تفتقر إلى الاهتمام، فقد تكون اللجلجة من أجل شد الانتباه إليه.

وإذا كان الطفل يتلجلج أكثر فى وقت معين من اليوم فيجب دراسة مايحدث فى الفترة التى تسبقها أو التى تليها وإخضاع تلك الفترة للفحص والتقييم.

أما إذا تكرر حدوث اللجلجة عندما يكون الطفل مريضا أو متعبا بالأفضل ألا يشجع الطفل على كثرة الكلام، حتى لاتساعده على إدراك قصوره اللفظى، ولاينبغى أن تقول له : لا تتكلم الآن إنك متعب، ولاتتحدث جيدا.

أما إذا ارتبط حدوث اللجلجة بكلمات أو مواقف معينة فينبغى تحديدها، فإذا كانت الكلمات تمثل أفكارا أو مواقف مرتبطة بضغوط نفسية معينة، فالأفضل تخفيض تلك الضغوط عن الطفل، وإذا لم تستطع فيجب مساعدة الطفل على فهمها وتقبلها فى

حدود قدراته، فغالبا مايكون البالغون غير مدركين لمدى محاولات المقاطعة والتجاهل لحديث الطفل.

وقد يحاول الطفل مناقشتهم فإذا نجح فى ذلك يأمره الوالدان أن يلزم الصمت، وإذا فشل فقد يشعر بالإحباط، وفى كلا الحالتين فإن الطفل يمر بتجربة المقاطعة، ومن ثم فإنه يلزم الصمت، وبتكرار مثل هذا النوع من الخبرات فقد يبدأ الطفل فى الإحجام عن الكلام الخاص أو محاولته للنقاش وينتج عن ذلك مقاطعة الذات والتردد والإعاقات الكلامية.

كما ينصح بيرى وجون إيزنسون Berry & Eisenson بتوفير فرص من أجل كلام يتسم بالطلاقة نسبيا، وذلك بتشجيع الطفل على الكلام فى المواقف التى يكون فيها طلق الحديث.

وهذه المواقف عادة ماتكون خالية من التوترات أو الضغوط النفسية؛ ومن ثم يكون لدى الطفل فرص لممارسة الكلام بأسلوب يرتاح له الكبار وهذا يساعد على تدعيم الطلاقة اللفظية لدى الطفل.

❋ ❋ ❋

المراجع

٩ - جمال محمد حسن نافع (١٩٨٧).

اللجلجة وعلاقتها بسمات الشخصية ومستوى التطلع لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١٠ - حامد عبد السلام زهران (١٩٧٨).

الصحة النفسية والعلاج النفسى. (ط٢)، القاهرة : عالم الكتب.

١١ - حسام الدين عزب (١٩٨١).

العلاج السلوكى الحديث : تعديل السلوك، أسسه النظرية، وتطبيقاته العلاجية والتربوية. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

١٢- حسين خضر (١٩٦٠).

علاج الكلام. (ط١)، القاهرة : عالم الكتب.

١٣- ذكية درجات حسين (١٩٦٤).

دراسة تجريبية للتغيرات التى تطرأ على شخصية الأطفال المشكلين انفعاليا فى خلال فترة العلاج النفسى غير الموجه عن طريق اللعب. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١٤- سامية القطان (١٩٨٠).

استمارة المستوى الاجتماعى - الاقتصادى - الثقافى. كراسة الأسئلة ومعايير التصحيح، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

١٥- سوزانا ميلر (ترجمة) حسن عيسى ومحمد عماد الدين إسماعيل (١٩٨٧).

سيكولوجية اللعب، الكويت، عالم المعرفة.

١٦ - س.شيرى وب. سايرز (ترجمة) محمد فرغلى فراج (١٩٨٥)

تجارب على الكف الكلى للجلجة عن طريق التحكم الخارجى، فى مرجع فى علم النفس الإكلينيكى (ترجمة زين العابدين درويش وآخرون، القاهرة : دار المعارف).

١٧- صفاء غازى أحمد حمودة (١٩٩١).

فاعلية أسلوب العلاج الجماعى (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١٨ - طلعت منصور (١٩٦٧).

دراسـة تحليليـة للمـواقف المرتبطة باللجلجـة فى الكلام. رسـالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١٩- عبد السلام عبد الغفار (١٩٨١).

مقدمة فى الصحة النفسية. القاهرة : دار النهضة العربية.

٢٠ - عبد الله ربيع محمود (١٩٩٢).

علم الكتابة العربية. القاهرة : مطبعة كويك حمادة.

٢١- فان ريبر (ترجمة). صلاح الدين لطفى (١٩٦٠.)

مـساعـدة الطفل عـلى إجادة الكلام، (ط١). الـقاهرة : مكـتبـة النهضة المصرية.

٢٢ - فتحى رضوان (١٩٦٠.).

مقدمـة كتاب علاج الكلام تأليـف حسين خضر، القـاهرة :عالم الكتب.

٢٣- فؤاد البهى السيد (١٩٧٩).

علم النفس الإحصـائى وقياس العقل البـشرى. (ط٣). القاهرة : دار الفكر العربى.

٢٤- كاميليا عبد الفتاح (١٩٨٠).

العلاج الـنفسى الجمـاعى للأطفـال باستخـدام اللعب. (ط٢). القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.

٢٥- كلارك موستاكس (ترجمة) عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٠)

علاج الأطفال باللعب، القاهرة : دار النهضة العربية.

٢٦- لويس كامل مليكة (١٩٩٠).

العـلاج السلوكى وتعـديل السلوك، الـكويت : دار القلم للنشـر والتوزيع.

٢٧- مجمع اللغة العربية (١٩٦١)

المعجم الوسيط. القاهرة : مطبعة مصر.

٢٨- محمد بهائى السكرى (١٩٨٧).

قاموس طبى. مصطلحات أساسية، القاهرة : دار الكتب المصرية.

٢٩- محمد عبد المؤمن حسين (١٩٨٦).

مشكلات الطفل النفسية. الزقازيق : دار الفكر الجامعى.

٣٠- محمد نزيه عبد القادر (١٩٧٦).

مدى فاعلية الممارسة السلبية والترديد (التظليل) كأسلوبين سلوكيين فى معالجة بعض حالات التلعثم . رسالة ماجستير. كلية التربية، الجامعة الأردنية.

٣١- محمود حسنين السكرى (١٩٨٧).

مشكلات الكلام فى الأطفال. رسالة ماجستير، كلية الطب، جامعة القاهرة.

٣٢- مختار حمزة (١٩٧٩).

سيكولوجية المرضى وذوى العاهات. (ط٤). جدة : دار المجمع العلمى.

٣٣- مصطفى فهمى (١٩٦٥).

سيكولوجية الأطفال غير العاديين، القاهرة : مكتبة مصر.

٣٤- منير البعلبكى (١٩٧٨).

المورد، قاموس إنجليزى - عربى، بيروت : دار العلم للملايين.

٣٥- هدى عبد الحميد برادة (١٩٦٧).

دراسة فى العلاج الجماعى للمصابين باللجلجة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

٣٦ - وفاء محمد البيه (١٩٩٤).

أطلس أصوات اللغة العربية، موسوعات طب الصوتيات العالمية. القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب.

❋ ❋ ❋

ثانيا : المراجع الأجنبية:

37- Ariet, Silvano et al. (1959).

American Handbood of Psychiatry. Vol. (1)

New York: Basic Book Publishers.

38- Aron, Myrtle.,L.C. (1967).

The Relationships Between Measurements of Stuttering Behavior.

Journal of South Africa Logopedic Society. Vol. 14 (1) pp. 15-34.

39- Axline. Virginia, M. (1969).

Play Therapy.

New York: Ballantine Books.

40- Beech, H.R. & Fransella, Fay. (1968).

Research and Experiment in Stuttering.

New York: pergamon Press.

41- Bellack, Alan S. et al. (1982).

International Handbook of Behavior Modification and Therapy.

New York: Plenum Press.

42- Berkowitz, Samuel (1982).

Behavior Therapy. In the Newer Therapies Sourcebook by Edwin Lawrence & Stuart, Irving, R. New York: Van Nostrand Reinhold Company. pp. 19-30.

43- Berry, M.F. & Eisenson, J. (1956).

Speech Disorders: Principles and Practice of Therapy.

New York: Appleton - Century Crofts. Division of Mereadith Corporation.

44- Bhargava, S.C. (1988).

Participant Modeling in Stuttering. Indian Journal of Psychiatry. Vol. 30 (1) pp. 91-93.

45- Bloodstein, O. (1969).

A Handbook on Stuttering. Chicago: National Easter Seall society for Crippled Children and Adults.

46- Bloodstein, Oliver (1986).

Stuttering In Collier's Encyclopedia. Vol. 21. pp. 573.

47- Brain, Lord (1965).

Speech Disorders. Aphasia, Apraxia and Agnosia. London: Butterworths.

48- Brumfitt, S.M. and Peake, M.D. (1968).

A Double - Blind Study of Verapamil in the Treatment of Stuttering.

The British Journal of Disorders of Communication. Vo., 23 (1) pp. 35-50.

49- Byrne, Renee (1982).

Let's Talk About Stammering.

London: Unwin Paperbacks.

50- Conture, Edward, G. (1988).

Youngsters who Stutter. Diagnosis, Parent Counselling, and Referral.

Journal of Development of Behavior Pediatrics. Vol. 3 (3) pp. 163-169.

51- Costello, J. & Ingham, R. (1984).

Measures of frequency and Duration of Stuttering. In Research Procedures For Measuring stuttering severity. by Ludlow Christy.

Bethesda, National Institute on Deafness and other Communication Disorders. pp. 28-29.

52- Curran, Jean (1987).

Speech Ianguage Problems in Children

London: Love publisher Company.

53- Daniels, Clesbie R. (1982).

Guidelines for Play Group Therapy. In Group Therapies for Children and Youth by Schaefer, Charles and Johnson, Lynnette.

San Francisco: Jossey - Bass Publishers. PP. 69-72.

54-Dominick, Barbara, A. (1959).

Stuttering. In American Handbook of Psychiatry Vol. 1 by Ariet, Silvano & et al.

New York: Basic Book Publishers. pp. 950-962.

55-Dominick, Barbara (1962).

The Psychotherapy of Stuttering.

U.S.A Springfield. Charles Thomas Publisher.

56-Dorfman, Elaine (1951).

Play Therpay. In Therapy Implications and Theory. by Rogers, Carl, R.

Boston:Houghton Mifflin Company. pp. 235-269.

57-Edwin, Lawrence and Stuart, Irving R. (1982).

The Newer Therapies Sourcebook.

New York: Van Nostrand Reinbold Company.

58-Eisenson, Jon (1958).

A Perseverative Theory of Stuttering. In Stuttering, a Symposium by Eisenson Jon & Johnson Wendell.

New York: Harper & Row. pp. 223-244.

59-Eisenson, Jon and Johnson, Wendell (1958).

Stuttering, a Symposium

New York: Harper and Row.

60-Espir, Michael, L. & Gliford, Rose, F. (1983).

The Basic Neurology of Speech and Language London:Blackwell Scientific Publications.

61-Freema, Frances Jackson (1982).

Stuttering. In speech, language and Hearing. Vol. 2 by

Lass, Norman et al.

London:Sunders Company. pp. 673-686.

62-Freguson, George A. (1976).

Statistical Analysis in Psychology Education, 4th Edition.

New York: Hill Book Company.

63-Glasner, Philip J. (1962).

Psychotherapy of the Young Stutterers. In The Psychotherapy of Stuttering. by Dominick, Barbara.

Springfield. U.S.A. Charles Thomas Publisher. pp. 240-256.

64-Goraj, Jane Taylor (1974).

Stuttering Therapy as Crisis Intervention.

British Journal of Disorders of Communication. Vol. 9 (1) pp. 51-57.

65-Goran, Lars & Gotestan, Gunnar & Melin, Lennart (1976).

A Controlled Study of Two Behavior Methods in the Treatment of Stuttering.

Behavior Therpay, Vol. 7(5) PP. 587-592.

66-Gregory, Hugo, H. (1986).

Stuttering-. A Contemporary Perspective in International Association of Logopedics and Phoniatrics.

London:Medical and Scientific Publishers. pp. 89-119.

67-Guerney, Louise, F. (1983).

Client-Centered Nondirective Play Therapy. In Handbook of Play Therapy by Schaefer, Charles & O'Connor, kevin,

New York: Wiley Interscience Publication. pp. 21-61.

68- Hageman, Carlin F. & Greene, Penny, N. (1989).

Auditory Comprehension of Stutterers on the Competing Message Task.

Journal of Fluency Disorder. Vol. 14(2) pp. 109-120.

69-Healey, E. Charles & Howe, W. Susan (1987).

Speech Shadowing Characteristics of Stutterers Under Diotic and Dichotic Conditions.

Journal of Communication Disoders. Vol. 20 (6) Pp. 493-506.

70-Hood, Stephen, B. (1978).

The Assessment of Fluency Disorders. In Diagnostic Procedures in Hearing, Language and Speech by Singh, Sadanand & Lynch, Joan.

Baltimore:University Park Press. pp. 533-572.

71-Ingham, Roger, J. (1983).

Treatment of Stuttering in Early Childhood.

California:College Hill Press.

72-Johannesson, Goran (1975).

Two Behavior Therapy Techniques in the Treatment of Stuttering.

Scandinavian Journal of Behavior Therapy Vol. 41) P.p.11-22.

73-Johnson, Wendell (1955).

Stuttering in Children and Adults Thirty Years of Research at the University of Iowa.

Minneapolis:University of Minnesota Press.

74- --------------- (1956).

Perceptual and Evaluational Factors in Stuttering.

Minneapolis:University of Minnesota Press.

75-Johnson, Wendell (1956).

Stuttering in Children. In Speech Therapy, A Book of Reading, by Riper, Van.

New York: Prentice-Hall, INC.

76-Johnson, W. et al. (1959):

The Onset of Stutering, Research Finding and Implications.

Minneapolis:University of Minnesota Press.

77-Klouda, Gayle V. and Cooper, William E. (1988).

Contrastive Stress, Intonation, and Stuttering Frequency.

Language and Speech. Vol 31(1) pp. 3-20.

78-Kondas, 0. (1967).

The Treatment of Stammering in Children By the Shadowing Method.

Behavior Research and Therapy. Vol. 5(4) pp. 325-329.

79-Lanyon, Richard & Goldsworthy, Robert, J. (1982).

Habit Disorders, In International Handbook of Behavior Modification and Therapy by Bellack, Alan, S. et al.

New York: Plenum Press. pp. 813-821.

80-Lass, Norman et al. (1982).

Speech, Language and Hearing. Vol. 2.

London:Sunders Company.

81-Lindgren, Bernard, W. (1983).

Statistical Theory, 3rd Edition.

New York: University of Minnesota Press.

82-Ludlow, Christy, L. (1990).

Research Procedures for Measuring Stuttering Severity.

Bethesda. National Institute on deafness and other communication disorders.

83-Mahone, Charles (1973).

The Comparative Efficacy of Non-directive Group Play Therapy with Preschool Speech or Language

Delayed Children.

Dessertation Abstracts International. Vol. 35 No. (1-B) pp. 495.

84-Martin, Richard R. and Haroldson, Samuel. K. and

Woessner, Garry, L. (1988).

Perceptual Scaling of Stuttering Severity.

Journal of Fluency Disorders. Vol. 13 (1) pp. 27-47.

85-Meyer, V. and Chesser, Edward S. (1970).

Behavior Therapy in Clinical Psychiatry.

Harmonds Worth, Middlesex, England: Penguin

Books.

86-Morley, Muriel, E. (1972).

The Development and Disorders of Speech in

Childhood.

London:Churchill Livingstone.

87-Murray, K. and Empson, J. and Weaver, S. (1987).

Rehearsal and Preparation for Speech in Stutterers: a Psychophysiological Study.

The British Journal of Disorders of Communiation.

Vol. 22(2) pp. 145-150.

88-Pellman, Charles (1962).

The Relationship Between Speech Therapy and Psychotherapy. In The Psychotherapy of Stuttering by Dominick, Barbara,

Springfield:Charles Thomas Publisher. pp. 119-137.

89-Raj, J. Baharath (1976).

Treatment of Stuttering.

Indian Journal of Clinical Psychology. Vol. 3(2) Pp. 157-163.

90-Ratner, Nan Bernstein (1992).

Measurable Outcomes of Instructions to Modify Normal Parent-child Verbal Interactions: Implications for Indirect Stuttering Therpay.

Journal of Speech and Hearing Research. Vol. 35, (1) Pp. 14-20.

91-Riper, Van (1956).

Speech Therapy, A Book of Reading.

New York: Prentice-Hall, INC.

92-Rogers, Carl R. (1951).

Therapy Implications and Theory.

Boston:Houghton Mifflin Company.

93-Rustin, Lena and Kuhr, Armin (1988).

The Treatment of Stammering, A Multi-Model Approach in an In-patient Setting.

The British Journal of Disorders of Communication. Vol. 18 (2) pp. 93-96.

94-Schaefer, Charles and Johnson, Lynnette (1982).

Group Therapies for Chidlren andyouth. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

95-Schaefer, Charles and O'Connor, Kevin (1983).

Handbood of Play Therapy.

New York: A Wiley - Intercience Publication.

96-Scheidgger, Ursula (1987).

Spieltherapie Mit Stotternden Kindern ein Erfahr-angsbericht.

Viertel Jahresschrifr fur Heilpadagoglk Uniltre Nacha-baryebiete, Vol. 56(4) pp. 619-629.

97-Schiebel, Thomas Walter (1975).

The Experimental Analysis of Stuttering in Children. Dissertation Abstracts International. Vol. 36 No. (3) pp.480.

98-Shane, Mary Sternberg (1955).

Effect of Stuttering. Alteration in Auditory Feedback. In Stuttering in Children and Adults. Thrity years of Resea-rch at the University of Iowa by Johnson Wendell.

Minneapolis:University of Minnesota Press. pp. 286-294.

99-Sheehan, Joseph (1958).

Conflict Theory of stuttering. In Stuttering a Symposium by Jon Eisenson & Wendell Johnson.

New York: Harper and Row. pp. 121-130.

100-Sherman, D. (1952).

Rating Scales of Severity for Stuttering. In Research Procedures for Measuring Stuttering Severity by Christy Ludlow.

Bethesda, National Institute on Deafness and other communication Disorders.

101-Shirley, N. and Sparks, M. (1984).

Birth Defects and Speech Disorders.

California:College-Hill Press.

102-Shumak, Irene Cherhavy (1955).

Speech Situation Rating Sheet for Stutterers. In Stuttering in Children and Adults. Thirty Years of Research at the University of Iowa by Wendell Johnson.

Minneapolis:University of Iowa.

103-Singh, Sadanand and Lynch, Joan (1978).

Diagnostic Procedures in Hearing, Language and Speech.

Baltimore:University Park Press.

104-Slavson, S.R. (1956).

The Fields of Group Psychotherapy.

New York: International Universities Press.

105- Starkweather, C. Woodruff (1983).

Speech and Language.

New Jersey: Prentic-Hall Englewood Cliffs.

106-Travis, Lee Edward (1956).

My Present Thinking on Stuttering, In Speech Therapy, A Book of Reading by Riper, Van.

New York: Prentice-Hall, INC.

107-Wakaba, Y.Y. (1983).

Group Play Therapy for Japanese Children Who Stutter.

Journal of Fluency Disorders. Vol. 8(2) pp. 93-118.

108-Watson, Jennifer Barber & Gregory, Hugo H. & Kistler, Doris J. (1987)

Development and Evaluation of an Inventory to Assess Adult Stutterers Communication Attitudes.

Journal of Fluency Disorders. Vol. 12 (6) pp. 429-450.

109-West, Robert (1956).

The Pathology of Stuttering. In Speech Therapy, A book of Reading, by Riper, Van.

New York Prentice-Hall, INC.

110-Williams, Rona M. (1974).

Speech Difficulties in Childhood, A Practical Guide for Teachers and Parents.

London:George, Harrap.

111-Wingate, M.E. (1964).

AStandard Definition of Stuttering.

Journal of Speech & Hearing Disorders. Vol. 29 pp. 484-489.

112-Wischner, George J. (1956).

Stuttering Behavior and Learning. In Speech Therapy, A Book of Reading,,by Riper, Van.

New York Prentice-HalI7 INC,

113-Yates, Aubrey J, (1970).

Behavior Therapy

New York: john Wiley and .Sons INC

114-The New Encyclopedia Britannica (1991)-

Vol. 28. pl3.93-102.

115-The World Book Encyclopedia. (1991).

Vol. 18. pp. 936-937.

116-Collier's Encyclopedia. (1980).

Vol. 21. pp. 573.

١٩٩٩/٨٦٢٣	رقم الإيداع
977- 10 -1261-4	I. S. B. N الترقيم الدولى

هذا الكتاب

يعالج موضوعا جديدا على الدراسات العربية وهو اضطراب اللجلجة الذى يصيب غالبية الأطفال فى مرحلة الطفولة.

وحيث إن اللجلجة تعد مشكلة خطيرة يعانى منها المربون والوالدان على حد سواء لما لها من آثار سلبية على شخصية الطفل وما تؤدى إليه من فقدان الثقة بالنفس والانطواء والابتعاد عن المجتمع.

ولهذا يعتبر الكلام بالنسبة للمتلجلج محنة تملأه بالقلق والخوف. ففى المواقف الاجتماعية نجده يلجأ إلى حماية نفسه بإخفاء مشكلته اللفظية مفضلا ذلك على أن يتصادم مع التمزق اللفظى.

ويعد هذا الكتاب محاولة لإلقاء الضوء على اضطراب اللجلجة وأسبابها وكيفية الوقاية من الوقوع فى براثن هذا الاضطراب بالإضافة إلى استعراض للأساليب والبرامج العلاجية للجلجة.

وذلك بأسلوب علمى مبسط دون إخلال بالإطار العلمى حتى يستفيد منه الآباء والمربون والمتخصصون.